

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**ESTUDO SOBRE A VIVÊNCIA DA DOENÇA
O AUTO-CONCEITO E AS
ESTRATÉGIAS DE ELABORAÇÃO DA ANSIEDADE
EM CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA**

Maria João Varandas dos Santos

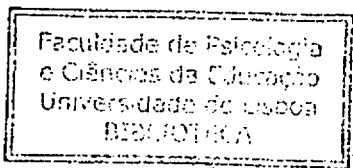
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Psicologia Clínica

2007

-CG
U+GST

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**ESTUDO SOBRE A VIVÊNCIA DA DOENÇA
O AUTO-CONCEITO E AS
ESTRATÉGIAS DE ELABORAÇÃO DA ANSIEDADE
EM CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA**

Maria João Varandas dos Santos

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Psicologia Clínica

Dissertação orientada pela Profª. Doutora Maria Teresa Fagulha

2007

Este trabalho é dedicado a
todas as crianças que nele
participaram.

Agradecimentos

À Prof.^a Doutora Teresa Fagulha pelo seu constante alento, apoio e confiança, pela sua imensa generosidade e disponibilidade, que se traduzem na possibilidade de ter realizado esta investigação, e por ter acreditado que era possível. Só com o seu apoio, a sua orientação e estímulo constante, é que se tornou possível edificar este trabalho. O meu sincero agradecimento e a minha profunda gratidão pelos ensinamentos proporcionados, e por ter podido percorrer de forma orientada os caminhos da investigação e da compreensão científica.

À Dra. Ana Jorge, à Dra. Deolinda Matos, à Dra. Ana Paula Costa e ao Dr. Cláudio D'Elia, do Hospital Garcia de Orta em Almada, pela sua atitude profissional e compreensiva, assim como pela ajuda constante, sem as quais não teria sido possível efectuar este estudo. A imensa disponibilidade, atenção e compreensão foram uma presença constante ao longo deste trabalho.

À Dra. Natália Ferreira, à Dra. Ana Luisa Clode, e em especial à Sr.^a Enfermeira Maria Eduarda Fernandes Costa, da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso em Lisboa, pela sua imensa compreensão, desde sempre presente e traduzida numa enorme disponibilidade que permitiu, de forma bastante bem sucedida, a possibilidade de em termos prático executar esta investigação.

Ao Dr. José Trindade, do Hospital de Santa Maria, e à equipa Médica e de Enfermagem do Serviço de Consulta Externa de Pediatria, pelo seu apoio, compreensão e disponibilidade demonstradas, evidenciadas através da possibilidade de levar a cabo a parte prática deste estudo.

A todas as crianças que participaram nesta investigação, pela imensa disponibilidade, curiosidade e investimento demonstrados aquando o decorrer da mesma. Aos seus pais, pela generosidade, compreensão e prontidão com que disponibilizaram tempo das suas vidas e permitiram que os seus filhos pudessem colaborar nesta investigação.

À Dra. Sónia Mira e à Dra. Joana Amador Trindade pela sua incansável ajuda na realização deste estudo. Só com a grande prestabilidade demonstrada e com um envolvimento verdadeiramente científico nesta investigação, é que esta se tornou possível.

À Dra. Rute Oliveira Pires pela sua amizade e sempre disponibilidade, traduzidas pelo seu apoio e presença durante esta investigação, e pela partilha do

conhecimento teórico e prático em diversos níveis e áreas de conhecimento. Muito obrigada pela grande ajuda com o "Era uma vez..."

Ao Dr. Francisco Peixoto, pela disponibilidade e a forma desde logo célere com que facultou e disponibilizou toda a informação e os dados estatísticos necessários e imprescindíveis, referentes à Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes.

Ao pessoal responsável pelo Centro de Documentação da GlaxoSmithKline, em especial à D. Paula Rocha e à D. Paula Santos, pela imensa amabilidade e prestabilidade como conseguiram aceder e disponibilizar documentos de extrema importância para a elaboração desta dissertação.

À Professora Maria José Miranda e ao Centro de Psicometria e de Psicologia da Educação, pelo apoio disponibilizado ao nível da execução prática da investigação e apoio prestado na concretização final da mesma.

À Dra. Maria João Afonso pela sua sincera amizade, pelo carinho e apoio que sempre demonstrou, e por acreditar que o sonho pode tornar-se realidade.

Às minhas queridas amigas e colegas Dora Guerreiro de Pina, Ana Mónica Dias, Sílvia Noné, Ana Lisa Vicente e Ana Sofia Medina pelo incansável apoio e amizade, demonstrados através da compreensão, ajuda e disponibilidade sempre presentes no decorrer deste percurso. Os meus mais sinceros agradecimentos. Aqui fica ainda um agradecimento especial à Dora, pela sua constante presença, pela sua ajuda indispensável e tempo dedicado que, carinhosamente, despendeu na revisão ortográfica deste texto.

Ao Sr. Jorge de Basto, pela ajuda imprescindível prestada a nível da concretização do suporte informático e digital desta tese.

A todos os meus amigos que sempre me apoiaram e que sempre acreditaram ser possível percorrer esta longa, e por vezes árdua, caminhada, o meu mais profundo agradecimento.

À minha família, pelo seu apoio infindável e constante, pela sua compreensão e tolerância. À minha irmã Dulce, pela permanente boa disposição, amizade, carinho e compreensão, e por estar sempre presente nas alturas precisas. O meu eterno obrigado à minha irmã pela ajuda na tradução do resumo para Inglês e pela revisão ortográfica de algumas partes deste trabalho. À minha mãe, pela sua preocupação e carinho materno, que me foram sempre acompanhando no decorrer desta jornada. E, em especial, ao meu pai, pelo apoio incondicional, pela sua atenção e compreensão, pela sua presença, pela

sua incansável disponibilidade e ajuda na concretização deste trabalho, e por acreditar que quando se quer, tudo se pode torna possível.

Ao Eduardo, pelo seu carinho, amor, e pela sua verdadeira amizade que se traduzem numa imensa compreensão, confiança e constante apoio no percorrer da vida e dos diversos caminhos e direcções que ela vai tomando.

RESUMO

A asma brônquica é considerada como uma das doenças crônicas com maior prevalência a nível mundial, afectando principalmente os países ditos industrializados, tendo uma maior prevalência na infância. Pressupõe-se que, enquanto doença crônica, possa afectar o desenvolvimento da criança a diversos níveis: nas actividades do dia-a-dia, nas relações familiares, escolares e com os pares, bem como nas suas expectativas em relação ao futuro. Hipotetisa-se ainda que esta doença possa influir no auto-conceito, e no modo como a criança elabora as emoções. O modo como os pais acompanham a criança nos cuidados que a doença exige, bem como as repercussões desta nas suas vidas é também um aspecto a investigar, tal como as perspectivas dos técnicos de saúde responsáveis pelo tratamento destas crianças. Este estudo teve como objectivo investigar o auto-conceito e as estratégias de elaboração da ansiedade nas crianças asmáticas, assim como o modo como a doença afecta diversas esferas da sua vida; a percepção que os seus cuidadores têm da doença, e do modo como esta os afecta, incluindo o acompanhamento em termos de saúde, e a relação com a equipa médica; a perspectiva que os técnicos de saúde têm da criança e da forma como esta lida com a doença, da sua relação com a criança e com os seus pais. Elaborou-se uma Entrevista para as Crianças, um Questionário para os Pais, e um Questionário para os Técnicos de Saúde. Foi utilizada a Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes de Susan Harter (Harter, 1985), e a prova "Era Uma Vez..." (Fagulha, 1992; 1997) para estudar as estratégias de elaboração da ansiedade. A amostra é constituída por 32 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos, com diagnóstico médico de asma brônquica, seguidas há pelo menos um ano em instituições hospitalares e clínicas, onde foram recolhidos os dados. Descrevem-se as estratégias da criança para lidar com a doença e as repercussões da doença nas actividades da sua vida. A nível do auto-conceito, e das estratégias de elaboração da ansiedade, verificou-se, em comparação com dados normativos, que a circunstância da doença não apresentou um efeito negativo, encontrando-se, pelo contrário, nas crianças do 4º e 5º ano uma auto-estima global, competência escolar e aceitação social elevadas em relação ao grupo normativo. No mesmo sentido vão os dados que se relacionam com a elaboração da ansiedade: as crianças da amostra tendem a utilizar mais frequentemente que as do grupo normativo estratégias de elaboração da ansiedade mais desenvolvidas como a Estratégia com Equilíbrio Emocional e a Estratégia Adaptativa Operacional.

Palavras chave: Crianças; Asma; Auto-conceito; Ansiedade; Pais; Técnicos de Saúde.

ABSTRACT

Bronchial asthma is considered one of the most prevalent chronicle diseases in the world, affecting mainly industrialised countries, and having a greater prevalence in childhood. It is assumed that as a chronicle disease it may affect the child development at different levels: on daily activities, on family and school peers' relationships as well as on the expectations about future life. It is also possible that this disease may influence the self-concept, and the way the child elaborates its emotions. The way parents go along with the child on asthma medical care needs, as well as the repercussions it has in the child's life is also an aspect to investigate, like the health care technicians perspectives. This research has the purpose to investigate the self-concept and the anxiety elaboration strategies in asthmatic children. Also, it intends to understand the way the disease affects the children's different life dimensions; the care-takers perception of the disease and the way it affects them, including the health caring and the relation with the medical team. In the same way, we want to investigate the health care technicians' perspective of the child and the way it deals with the disease and also the relation between the child and its parents. An interview for children was elaborated, as well as a questionnaire for the parents and another for the health care technicians. We used the Self-Perception Profile for Children (Harter, 1985) and the "Once Upon a Time" technique to study the anxiety elaboration strategies. The sample is composed by 32 children aging between 8 and 11 years old with the medical diagnosis of bronchial asthma, and followed by for, at least, one year in hospitals and medical centres, where all the data were collected. Child strategies to deal with the disease are described, as well as the repercussions of the disease on their life activities. For the self-concept and the anxiety elaboration strategies, it was verified, comparing to the normative data, that the disease circumstance did not show a negative effect. On the contrary, it was found on the children between 4th and 5th grade higher global self-worth, scholastic competence and social acceptance, comparing to the normative group. The data on anxiety elaboration follow the same pattern: the sample children tend to use more frequently the more developed anxiety elaboration strategies, such as the Emotional Equilibration Strategy and Operational Adaptative Strategy.

Key words: Children; Asthma; Self-concept; Anxiety; Parents; Health care Technicians.

ÍNDICE

	Páginas
Introdução	1
1. Aspectos Gerais Associados ao Quadro de Asma Brônquica	2
2. O Papel da Organização Mundial de Saúde na Prevenção da Asma	3
3. Breve Panorama da Asma em Portugal	4
4. O Estudo Actual	6
5. Apresentação do Plano de Trabalho	7
 Capítulo I	
A Doença Física Crónica na Criança	10
1. Introdução	11
1.1. Designação de Doença Crónica e Características Associadas	13
1.2. Prevalência das Doenças Crónicas	15
1.3. Evolução das Perspectivas da Condição de Doença Crónica	17
1.3.1. Perspectiva Actual da Condição de Doença Crónica	19
1.4. A Asma enquanto Doença Crónica	20
1.5. Características da Família no Quadro de Doença Crónica	25
1.5.1. A Família perante o Quadro de Asma Brônquica	26
 Capítulo II	
A Asma Brônquica na Criança	29
1. Introdução	30
1.1. Definição de Asma Brônquica	30
1.2. Epidemiologia da Asma	32
1.3. Factores Desencadeantes	34

1.4. Fisiopatologia e Patogenia da Asma	35
1.5. Etiologia e Factores de Risco Associados à Asma	40
1.5.1. A Asma e a sua relação com os Factores Psicológicos	45
1.6. Classificação das Formas Clínicas da Asma e Diagnóstico	50
1.6.1. A Asma e a idade da Criança	54
1.7. Objectivos da intervenção Clínica na Asma	60
 Capítulo III	
Aspectos do Desenvolvimento Socioafectivo da Criança	
na Idade da Latência	64
1. Introdução	65
1.1. A Latência: Período do Eu em desenvolvimento	66
1.2. O Auto-Conceito em Crianças com Asma	73
 Capítulo IV	
O Estudo Actual	77
1. Enquadramento do Estudo Actual	78
2. Objectivos	78
3. Hipóteses	80
 Capítulo V	
Metodologia	81
1. Caracterização da Amostra	82
2. Instrumentos	86
2.1. Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes de Susan Harter	87
2.2. Prova "Era uma vez..." de Teresa Fagulha	88

2.3. Entrevista para a Criança e Questionários para os Pais e para os Técnicos de Saúde	92
3. Procedimento	100
 Capítulo VI	
Resultados	106
1. Auto-Conceito	107
2. Estratégias de Elaboração da Ansiedade	111
3. Entrevista para as Crianças com Asma Brônquica	132
4. Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica	138
5. Questionário para os Técnicos de Saúde das Crianças com Asma Brônquica	149
 Capítulo VII	
Discussão	153
Conclusões	173
Referências Bibliográficas	179
Anexos	190

ÍNDICE DE QUADROS

	Páginas
Quadro 1 - Distribuição dos participantes em função do sexo	82
Quadro 2 - Distribuição dos participantes em função da idade	83
Quadro 3 - Composição da amostra em função do sexo e da idade	83
Quadro 4 - Distribuição da amostra em função do nível de escolaridade	84
Quadro 5 - Distribuição dos participantes em função da idade e do nível de escolaridade	84
Quadro 6 - Distribuição dos participantes em função da instituição médica	85
Quadro 7 - Distribuição dos participantes em função do técnico de saúde	85
Quadro 8 - Síntese dos Conteúdos da Entrevista com Crianças	93
Quadro 9 - Síntese das Áreas e Principais Conteúdos do Questionário para os Pais	95
Quadro 10 - Síntese dos Conteúdos do Questionário para o Técnico de Saúde	98
Quadro 11 - Familiar que responde ao "Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica"	101
Quadro 12 - Médias e desvios-padrão dos valores totais obtidos no Perfil de Auto-Percepção pelas crianças do 3ºano, em comparação com os dados normativos cedidos por F. Pelxoto (não publicado)	107

Quadro 13 - Médias e desvios-padrão dos valores totais obtidos no Perfil de Auto-Percepção pelas crianças do 4ºano, em comparação com os dados normativos cedidos por F. Peixoto (não publicado) 108

Quadro 14 - Médias e desvios-padrão dos valores totais obtidos no Perfil de Auto-Percepção pelas crianças do 5ºano, em comparação com os dados normativos cedidos por F. Peixoto (não publicado) 109

Quadro 15 - Médias e desvios-padrão dos valores totais obtidos no Perfil de Auto-Percepção pelas crianças do 6ºano, em comparação com os dados normativos cedidos por F. Peixoto (não publicado) 110

Quadro 16 - Correlações entre as quatro Estratégias de Elaboração da Ansiedade no grupo de crianças asmáticas (N=32) 113

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
Gráfico 1 - Percentagem de ocorrência das estratégias de elaboração da ansiedade na amostra	111
Gráfico 2 - Evolução das estratégias de elaboração da ansiedade com a idade	112
Gráfico 3 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade no Cartão I	114
Gráfico 4 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade por grupo etário no Cartão I	115
Gráfico 5 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade no Cartão II	116
Gráfico 6 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade por grupo etário no Cartão II	117
Gráfico 7 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade no Cartão III	118
Gráfico 8 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade por grupo etário no Cartão III	120
Gráfico 9 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade no Cartão IV	121

Gráfico 10 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade por grupo etário no Cartão IV	122
Gráfico 11 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade no Cartão V	124
Gráfico 12 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade por grupo etário no Cartão V	125
Gráfico 13 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade no Cartão VI	126
Gráfico 14 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade por grupo etário no Cartão VI	127
Gráfico 15 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade no Cartão VII	129
Gráfico 16 - Percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade por grupo etário no Cartão VII	130

INTRODUÇÃO

1. ASPECTOS GERAIS ASSOCIADOS AO QUADRO DE ASMA BRÔNQUICA

As doenças respiratórias apresentam uma alta prevalência na população portuguesa, facto semelhante ao que vai sucedendo pelo mundo inteiro.

A asma é considerada como uma doença crónica que se pode caracterizar por ataques recorrentes de falta de ar e dificuldades respiratórias, que varia de pessoa para pessoa no grau de severidade e frequência. A asma brônquica encontra-se definida, desde o início da década de 90, como uma doença inflamatória crónica das vias aéreas. Esta inflamação é responsabilizada pela obstrução das vias aéreas e, de modo consequente, pela sintomatologia que os doentes tendem a apresentar, assim como pelo aumento da sua reactividade brônquica (Bugalho de Almeida, Cristóvão, Ricomá, Furtado & Monteiro, 2001).

Nos indivíduos afectados pela doença, os sintomas podem ocorrer diversas vezes durante o dia, ou a semana, e para algumas das pessoas agravam-se com a actividade física ou durante a noite. Os sintomas recorrentes da asma estão frequentemente associados com a fadiga diária, a redução dos níveis de actividade diária, e podem conduzir ao absentismo escolar e laboral.

Comparada com outras doenças crónicas, a asma tem uma taxa de mortalidade relativamente baixa, mas em termos de prevalência é das doenças que mais afecta a população mundial (WHO, 2006). De acordo com os dados fornecidos pela *Global Initiative for Asthma* (GINA) a ocorrência estimada da doença, a nível mundial é de cerca de 300 milhões de pessoas, o que faz da asma uma das doenças crónicas mais comuns do mundo. Os dados existentes apontam para que cerca de 30% de todos os asmáticos no mundo tenham uma idade inferior aos 15 anos. Neste sentido, a asma é a enfermidade crónica que, nos Estados Unidos da América, ocupa o primeiro lugar na lista de hospitalizações de crianças menores de 15 anos.

Tomando em consideração os números que evidenciam uma percentagem significativa deste tipo de doença na população portuguesa, têm sido feitos diversos estudos no sentido de avaliar e obter dados mais realísticos do tipo de doenças do foro respiratório na população portuguesa, tal como se têm efectuado investigações para tentar aceder à percepção que os portugueses têm das doenças respiratórias (Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2006).

Assim, através do Inquérito Nacional de Saúde levado a cabo numa amostra significativa da população portuguesa, reteve-se que: as doenças respiratórias são consideradas como as causas mais frequentes de doença, representando 23,5% dos

casos de doença, o que faz com que este se constitua como o grupo de doenças mais frequentes. Muitas das doenças respiratórias apresentam um carácter de cronicidade. A sintomatologia ligada a problemas respiratórios é muito frequente, chegando a atingir taxas de cerca de 40%. No entanto, conclui-se que as doenças respiratórias são subvalorizadas pela população, e este inquérito também permitiu concluir que são necessárias campanhas de informação em que se possa fazer uso dos meios de comunicação social, para fazer face a esta problemática (Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2006).

De acordo com os dados estatísticos retirados dos estudos levados a cabo, e a partir das conclusões que deles se extraíram, parece surgir a evidência de que as doenças respiratórias, independentemente da sua frequência, do impacto que têm sobre a qualidade de vida, e até da esperança de vida, não são ainda actualmente valorizadas o suficiente pela população. Estes indicadores são tidos como graves, na medida em que muitos dos factores considerados como condicionantes do seu aparecimento estão directamente dependentes não só de comportamentos individuais, mas também colectivos.

De acordo com a perspectiva da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006), a asma é uma doença que se encontra sub-diagnosticada e tratada abaixo do esperado, o que está na base da origem de ser considerada como um fardo substancial para os indivíduos que têm a doença e para as suas famílias e que, possivelmente, cria restrições nas actividades individuais durante o percurso de vida.

2. O PAPEL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DA ASMA

A própria Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006) reconhece que a asma é um problema de saúde pública da maior importância. A OMS desempenha um papel importante na coordenação de esforços internacionais para fazer face à doença. O objectivo da sua estratégia é apoiar os Estados Membros nos seus esforços para reduzir o número de vítimas desta doença, assim como as incapacidades e as mortes prematuras relacionadas com a asma. Os objectivos agendados são:

1. A vigilância, de forma a "mapear" a magnitude da asma, analisar os seus determinantes e monitorizar as direcções, com uma maior ênfase nas populações mais pobres e que se encontram em maior desvantagem.

2. A implementação da prevenção primária, de modo a reduzir o nível de exposição dos indivíduos e das populações a factores de risco comuns, nomeadamente ao fumo do tabaco, a infecções respiratórias do tracto inferior frequentes durante a infância, e à poluição ambiental do ar.
3. Fortalecer os cuidados de saúde prestados às pessoas com asma, identificando o custo efectivo das intervenções, aumentando o nível dos padrões e a acessibilidade dos cuidados em diferentes níveis do sistema de saúde.

Tomando em consideração estes objectivos, a *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases* (GARD) faz parte do trabalho global edificado pela OMS, de modo a prevenir e a controlar a asma. A GARD é uma aliança voluntária das organizações internacionalmente reconhecidas, de instituições e agências pertencentes a um conjunto de países que trabalham em direcção a um objectivo comum que pretende melhorar a saúde global do sistema respiratório. A sua visão é fazer com que o direito a respirar livremente seja uma realidade para todos. A GARD centraliza-se, mais especificamente, nas necessidades dos países com rendimentos *per capita* baixos e médio-baixos, daqueles que se encontram em vias de desenvolvimento, assim como nas populações mais vulneráveis. A *Global Initiative for Asthma* (GINA), que foi criada em 1992 pela OMS e pela *US-based National Heart, Lung and Blood Institute*, faz parte da GARD, assim como a *Global Initiative on Allergic Rhinitis and its impact on Asthma* (ARIA), na qual o OMS é um dos participantes. A *Practical Approach to Lung Health* (PAL) da OMS, é usada como estratégia de implementação na GARD, enquanto estratégia definida para fornecer ajuda aos prestadores de cuidados primários a poderem enfrentar e cuidar dos sintomas respiratórios de uma melhor forma.

3. BREVE PANORAMA DA ASMA EM PORTUGAL

Também em Portugal a asma é uma doença considerada sub-diagnosticada, por vezes com um seguimento considerado pouco eficiente, nomeadamente no que respeita às estratégias de controlo utilizadas. No nosso país tem-se vindo a assistir a um aumento crescente e progressivo do número de casos de asma, sobretudo nas crianças e nos jovens, sendo que nestes grupos a sua prevalência terá aumentado 28% (estudos do ISSAC, cit. por Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2006). Calcula-se que a prevalência da asma entre nós seja, pelo menos, 5% da população, estimando-se que entre os 20 e os 50 anos seja de 10%, e atingindo um maior índice de prevalência nas crianças.

Não obstante, sabe-se que o número de internamentos hospitalares por asma têm vindo a diminuir, desde 2000 a esta parte, o que poderá ser um indicador de se estar a efectuar um melhor controlo da doença. Também a mortalidade causada pela asma, a qual tem uma incidência pequena, tem vindo a decrescer, na medida em que representa menos de metade da média que se verificou entre os anos de 1998 a 2002 (Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2006).

No entanto, de acordo com a perspectiva da Organização Mundial de Saúde, o aumento de mortalidade devido à asma poderá crescer, em termos gerais, quase 20% nos próximos 10 anos, se não forem tomadas medidas urgentes de controlo e combate à doença (WHO, 2006).

A doença crónica mais frequente na criança é a asma brônquica, daí que esta doença seja considerada a nível mundial como um problema não só médico, como também social (Santos, 1993; WHO, 2006). A asma não é somente um problema de saúde pública para os países ditos industrializados, pois ela tem uma alta ocorrência em todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento. Não obstante, as dificuldades económicas parecem estar na base de diversas dificuldades em fazer face à doença, na medida em que mais de 80% das mortes devido à asma ocorrem nos países com rendimentos *per capita* baixos e médio-baixos (WHO, 2006).

O estudo dos índices de prevalência e de epidemiologia estão na base de muitas investigações realizadas no nosso país (como por exemplo o estudo de J. Alves, 1994 - Contribuição para o estudo da epidemiologia da asma em Portugal, apresentado como Tese de Doutoramento da Faculdade de Medicina do Porto). O mesmo sucede quanto à investigação dos aspectos fisiológicos e patogénicos que se encontram associados às características do quadro da asma. Todos estes aspectos relacionados com a asma enquanto afecção das vias respiratórias com características multifacetadas, têm vindo a constituir um campo de trabalho onde recai grande parte do interesse dos pneumonologistas e alergologistas do nosso país.

No entanto, existem outras variáveis importantes na área da investigação sobre a asma que começam a ser cada vez mais contempladas, e que têm vindo a despertar o interesse de vários investigadores no âmbito da Psicologia da Saúde, e da Psicologia Pediátrica. Fala-se dos aspectos psicológicos associados ao quadro de doença crónica e do ajustamento psicossocial ao mesmo; do estudo do impacto da doença a nível das diferentes esferas de vida do sujeito, nomeadamente a nível da vida interior dos indivíduos; a forma como a doença crónica afecta o desenvolvimento e pode interferir nas etapas existenciais que a pessoa percorre no sentido do seu desenvolvimento, entre

muitos outros campos de estudo que vão crescendo de forma fértil e orientada para a melhor compreensão destes fenómenos.

Constata-se que o interesse no estudo dos diferentes aspectos psicológicos na comunidade infanto-juvenil com asma tem levado à investigação de alguns factores como a percepção da qualidade de vida em crianças asmáticas (Rato, 2005); a relação entre a implementação de estratégias de auto-eficácia e a qualidade de vida em crianças asmáticas (Morgado, 1997), assim como também se tem procurado olhar para as interrelações familiares da criança asmática e a sua importância no quadro da doença (Silva, 1991).

4. O ESTUDO ACTUAL

Situando este trabalho de investigação num eixo paralelo àqueles que têm vindo a ser desenvolvidos no contexto de proporcionar uma melhor compreensão da criança asmática - e das problemáticas ligadas ao quadro de doença crónica e suas características associadas -, pretende-se dar um contributo, no sentido de estudar determinadas variáveis associadas a este quadro de doença, de um ponto de vista psicológico e também psicossocial.

Assim, o foco desta investigação orientou-se para a compreensão da forma como as crianças com asma brônquica vivenciam a sua doença, de acordo com a sua perspectiva, e o modo como esta pode influenciar o decurso de vida da criança e o seu desenvolvimento em diferentes áreas como a familiar, a social, a escolar, a integração com os pares, entre outros aspectos.

No mesmo sentido, pretendeu-se estudar quais as influências que este quadro de doença crónica tem para o desenvolvimento e construção do auto-conceito da criança, assim como os seus efeitos no auto-conceito.

Na medida em que as emoções são parte integrante e fundamental da vida e desenvolvimento da criança, o modo como estas elaboram as emoções, nomeadamente a ansiedade, foi também tema que despertou o interesse. Daí que, a forma como as crianças lidam com a ansiedade, no sentido de investigar quais as estratégias por si mais utilizadas para fazer face a situações ansiógenas, foi também outro dos aspectos contemplado neste estudo.

Para além do foco de interesse nas crianças e nas suas vivências psicológicas, uma vez que estas se encontram integradas numa rede familiar e social, considerou-se pertinente averiguar a perspectiva dos seus pais acerca de alguns aspectos relacionados

com a doença e as implicações da mesma na vida individual e familiar. Sendo assim, esta investigação também foi orientada para a compreensão do modo como os pais das crianças asmáticas percebem esta problemática, quais as implicações da doença a nível da sua vida familiar e laboral, e na relação com outras pessoas, como por exemplo, os seus outros filhos. Também a perspectiva dos pais quanto ao apoio social sentido e fornecido pelos outros em seu redor e pela instituição hospitalar, foram outros aspectos onde recaiu o nosso interesse.

Investigou-se, paralelamente, a perspectiva dos técnicos de saúde que acompanham as crianças na sua doença crónica. Nomeadamente, a perspectiva sobre a doença e o modo como a criança lida com ela, o grau de gravidade da doença, e também o tipo de relação estabelecida com os pais, na medida em que estes são os elementos que estabelecem a ponte entre o médico e a criança, que de algum modo medeiam a relação terapêutica deste com a criança, sendo elementos fundamentais para que a intervenção médico-terapêutica possa ser bem sucedida e surta os efeitos desejados.

5. APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

O estudo apresentado encontra-se organizado em duas partes diferenciadas. Na primeira parte deste trabalho, que se encontra dividida em três capítulos, apresenta-se o enquadramento teórico dos temas que foram abordados na investigação. Na segunda parte, apresenta-se a metodologia utilizada no estudo, os resultados obtidos e a sua discussão, e por fim a conclusão.

No Capítulo I caracteriza-se o quadro de doença física crónica na criança, o conceito de doença crónica e aspectos relacionados com a evolução deste conceito; a prevalência das doenças crónicas e o seu impacto a nível psicológico e social, e a asma vista numa perspectiva de doença crónica. Nesta base, enquadram-se as variáveis familiares e as características associadas à família no quadro da doença crónica e, mais especificamente, perante a asma brônquica.

No Capítulo II incide-se com maior destaque sobre a asma brônquica, focando a sua definição, epidemiologia e factores intervenientes no desenvolvimento desta doença, assim como a fisiopatologia e patogenia da asma. A base etiológica, e os factores de risco associados à doença são outros assuntos abordados. Foca-se ainda neste capítulo a relação entre a asma e os factores psicológicos e familiares. A classificação das formas clínicas da asma e do seu diagnóstico, assim como a

manifestação do quadro de asma e a sua relação com a idade da criança, são outros aspectos contemplados. No final deste capítulo são referidos os objectivos da intervenção clínica neste quadro de doença.

O Capítulo III versa sobre aspectos do desenvolvimento socioafectivo da criança na idade da latência, período coincidente com a etapa de vida das crianças da amostra contemplada neste estudo. Dá-se relevo ao tema do auto-conceito e de alguns aspectos do desenvolvimento psicossocial relacionados com a idade da latência, que aparecem como factores considerados importantes face aos desafios de adaptação e vivência da doença nesta fase de desenvolvimento.

A segunda parte deste trabalho encontra-se igualmente dividida em 4 capítulos - Capítulos IV a VII.

No Capítulo IV apresenta-se, de forma sumária, o enquadramento deste estudo, de acordo com a revisão temática elaborada. Do mesmo modo, são também enunciados os objectivos da investigação e as hipóteses postuladas para o mesmo.

O Capítulo V é mais orientado para a descrição da metodologia utilizada, nomeadamente procede-se à descrição da amostra, quais os procedimentos utilizados para a recolha da amostra, faz-se a apresentação dos instrumentos utilizados na recolha de informação para a caracterização das variáveis psicológicas em estudo, e descreve-se o procedimento adoptado para a recolha dos dados.

Seguidamente, no Capítulo VI são apresentados os resultados obtidos - para as crianças com asma brônquica, para os seus pais e para os técnicos de saúde. Assim, em relação às crianças, apresentam-se os resultados a nível do auto-conceito e das estratégias de elaboração da ansiedade, e também da sua percepção acerca da vivência da doença. Apresentam-se, então, os resultados obtidos através do Questionário para os Pais e do Questionário para os Técnicos de Saúde.

No Capítulo VII encontram-se discutidos os resultados descritos no capítulo anterior, de forma a integrar a sua compreensão, nomeadamente face aos dados da revisão de literatura apresentados no enquadramento teórico. São apresentadas as implicações e conclusões que se podem retirar das evidências empíricas constatadas. Sintetizam-se os aspectos que mais se salientam nesta investigação, procedendo-se a uma análise das implicações práticas deste estudo.

Como não poderia deixar de ser, pois só assim a ciência e a investigação empírica podem continuar a crescer e a desenvolver-se, são apontadas as principais limitações do presente trabalho, tal como se apresentam algumas sugestões para investigações futuras neste campo da Psicologia Pediátrica e da Saúde.

No final, encontram-se apresentadas as referências bibliográficas. Nesta parte, para além das obras citadas, faz-se referência ainda às obras que foram consultadas para a elaboração deste trabalho e que não se encontram referidas ao longo do texto.

CAPÍTULO I

A DOENÇA FÍSICA CRÓNICA NA CRIANÇA

1. INTRODUÇÃO

Com base nos avanços científicos no campo da medicina, sabe-se que, no decorrer das últimas décadas, nomeadamente no que diz respeito ao nível do diagnóstico e do tratamento, tem-se assistido a uma redução não só da ocorrência de doenças agudas e, naturalmente, das suas consequências, assim como esta evolução tem permitido que algumas das doenças que anteriormente eram tidas como fatais passassem agora a ser consideradas como crónicas. Deste modo, houve um aumento da esperança de vida para os seus portadores, tal como uma melhoria da sua qualidade de vida (Santos, 1999).

Tendo em consideração a melhoria ao nível da mortalidade e da morbilidade no que concerne às doenças físicas crónicas, tal contribuiu para um aumento crescente em termos da atenção dedicada ao funcionamento psicológico das crianças atingidas pela doença, assim como das suas famílias. Na realidade, também as mudanças que se assistiram a nível do tratamento e da cura afectaram o tipo de cuidados que as famílias prestam e, muitas vezes, até o próprio significado que a criança e a família atribuem à doença (Kazak & Nachman, 1991, cit. por Santos, 1999). Este fenómeno leva, igualmente, à constatação da existência de uma panóplia de novos problemas psicológicos nesta população afectada por doenças crónicas (Koocher, 1984, cit. por Santos, 1999).

Assim, e tendo em consideração este fenómeno e as diversas amplitudes que abarca, tem-se vindo a assistir a um grande incremento no trabalho desenvolvido junto a esta população. O Psicólogo, tal como outros técnicos, detém um papel fundamental na ajuda que pode proporcionar no acompanhamento à doença crónica, na medida em que a doença, tanto a nível dos tratamentos, como das suas consequências, pode interferir no desenvolvimento da criança, assim como no ajustamento desta e da sua família, na medida em que lhes são colocadas muitas vezes novas exigências e alterações que podem provocar intensas adaptações quanto às rotinas e nas próprias relações familiares (Eiser, 1985; Garrison & McQuiston, 1989; Grose & Goodrich, 1985; Thompson & Gustafson, 1996; Willis, Elliot, & Jay, 1982, cit. por Santos, 1999).

Dentro deste campo de estudo que foi emergindo, torna-se deveras compreensível que a investigação relativa a crianças e adolescentes com um quadro de doença crónica, tenha sido considerada pelos psicólogos pediátricos como uma área de investigação prioritária (Kaufman, Holden, & Walker, 1989, cit. por Santos, 1999).

Desde há algumas décadas a esta parte que se tem vindo a assistir a um aumento substancial do interesse pelo estudo de crianças consideradas em risco de psicopatologia. Algumas das investigações realizadas no âmbito da doença crónica apontam no sentido que as crianças com problemas físicos podem perfeitamente ser um grupo de risco quanto ao desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais, sendo que cada vez mais se assiste a uma extensa literatura resultante da investigação que se tem debruçado sobre a investigação do impacto de doenças físicas no processo de ajustamento da criança. (Lavigne & Faier-Routman, 1992).

De acordo com os resultados provenientes do estudo supra-citado, que se baseiam fundamentalmente na meta-análise de investigações realizadas no contexto do ajustamento psicológico a doenças físicas do espectro pediátrico, estes sugerem que as crianças com doenças físicas, de um modo geral, encontram-se em risco de desenvolverem problemas a nível do ajustamento psicológico, nomeadamente a nível do ajustamento geral, assim como na internalização e externalização dos sintomas. No entanto, o aumento deste risco era principalmente constatado quando os problemas relacionados com o ajustamento eram avaliados através de classificações realizadas por profissionais da área da saúde mental, as quais geralmente contavam com as opiniões clínicas, ou então por questionários classificados pelos pais, que usualmente envolviam diferenças entre médias em algumas medidas contínuas dos sintomas comportamentais. Efectivamente, pode dizer-se que existe um risco aumentado para a existência de problemas nesta população, mas a questão mais específica acerca das classificações de problemas clinicamente significativos garantindo um diagnóstico diferencial e psiquiátrico, é um assunto de suma importância, que necessita de maior investigação e fundamentação (Lavigne & Faier-Routman, 1992).

Os efeitos das doenças físicas no auto-conceito das crianças ainda são menos clarividentes. A verdade é que o auto-conceito das crianças com doenças físicas crónicas surge, numa série de estudos contemplados nesta meta-análise, como sendo significativamente inferior ao das crianças saudáveis. No entanto, as diferenças não são significativas nos estudos que relatam um maior cuidado na combinação ou na comparação com as normas. Embora os resultados não se mostrem significativos, existe uma tendência para estes estudos contarem com as comparações normativas, de modo a "normalizarem" os problemas relacionados com o auto-conceito e a auto-estima nas crianças com doença física (Lavigne & Faier-Routman, 1992).

Na medida em que se assiste a inconsistências várias nos resultados relacionados com o tipo de comparações e com o efeito das combinações realizadas, é

particularmente importante a necessidade de se proceder a uma pesquisa mais cuidadosa sobre o auto-conceito das crianças com doença física, segundo a perspectiva de alguns autores (Lavigne & Faier-Routman, 1992).

Na realidade, este campo de interesse na doença crónica tem vindo a ser considerado como uma das principais áreas de investigação da psicologia pediátrica, uma vez que constitui um campo especialmente apropriado para se poder proceder à investigação das relações entre a doença e o desenvolvimento, assim como se constitui como uma área desafiante quanto à criação e desenvolvimento de metodologias de intervenção mais flexíveis e eficientes para diminuir o sofrimento da criança e também aumentar a qualidade de vida das mesmas, tal como das suas famílias (Barros, 2003).

1.1. Designação de Doença Crónica e Características Associadas

O termo doença crónica diz respeito a todas as doenças que se consideram prolongadas e irreversíveis. Na medida em que existem acentuadas diferenças nas etiologias, evoluções e respectivas consequências associadas aos quadros de doenças crónicas, não existe uma definição médica única deste conceito que seja aceite de forma universal e consensual (Maes, Leventhal, & Ridder, 1996, cit. por Barros, 2003).

Não obstante, o facto de terem surgido diferentes e variadas definições de doença física crónica, o que faz com que seja mais difícil chegar a uma definição consensual, uma daquelas que se encontra mais citada é a apresentada por Pless e Pinkerton, 1975 (referências em Lavigne & Fair-Routman, 1993; Thompson & Gustafson, 1996, cit. por Santos, 1999), em que uma doença crónica pode ser definida como aquela que se prolonga por mais de três meses num dado ano, ou a que requer um mês ou mais de hospitalização. Esta definição tem vindo a ser adaptada. Por exemplo, a definição apresentada por Perrin, Ayoub, & Willett (1993, cit. por Santos, 1999) tem como características ser suficientemente abrangente, genérica e com alguma flexibilidade, critérios estes que os autores consideram ser os ideais quanto à sua aplicação em diversos e diferenciados contextos. A definição proposta apresenta dois níveis. O primeiro é relativo à duração da condição física da doença, considerando como doença crónica qualquer doença que tenha durado, ou que se espere que tenha uma duração de mais de três meses. O segundo nível, já diz respeito a uma maior especificação da doença, tendo em consideração o impacto de determinada doença na criança. Neste domínio, é importante tomar em consideração aspectos como o grau de dano funcional ou a utilização de atenção médica (que engloba as visitas ao médico, o

uso de medicação, necessidade de dietas especiais ou de exercícios, ou ainda a necessidade de recorrer a outros serviços), serem superiores aos esperados para uma criança da mesma idade.

A forma como as diversas doenças crónicas se podem manifestar pode ser bastante variada pois, algumas delas podem acompanhar toda a vida do sujeito sem que isso represente, necessariamente, o encurtamento da esperança de vida. Não obstante, outras apresentam um prognóstico reservado a curto ou a médio prazo. Algumas têm uma sintomatologia muito constante, enquanto que outras podem permitir e apresentar períodos mais ou menos longos em que haja uma ausência total de sintomas. Para além destes aspectos, há que considerar também que algumas das doenças crónicas implicam somente pequenas alterações na vida diária, enquanto que outras impõem marcadas mudanças e limitações quanto à funcionalidade do sujeito, implicando e exigindo a adesão a tratamentos continuados que podem ser bastante perturbadores e até incapacitantes para a criança (Barros, 2003).

Independentemente das diversas definições apresentadas, todas elas têm como factor comum a existência da característica da cronicidade que, por sua vez, tem interferências em maior ou menor grau na vida do doente e daqueles que o rodeiam, o que implica a necessidade de diversos ajustamentos à nova realidade. A propósito, encontra-se descrito que a probabilidade de determinadas alterações comportamentais aparecerem em crianças diagnosticadas com uma doença crónica, é o dobro tomando em comparação com uma população saudável (Perrin & Maclean, 1985, cit. por Almeida & Viana, 1990).

De acordo com estas evidências, embora as crianças com doença crónica estejam num maior risco de sofrer uma diminuição das capacidades de ajustamento social, do que as outras crianças que são saudáveis, ainda não se sabe muito acerca de todos os factores que estão envolvidos no aumento desse risco (MacLean, Perrin, Gortmaker, & Pierre, 1992). A investigação de determinados factores associados à doença, como por exemplo a sua severidade, fornecem suporte para defender o ponto de vista de que a doença é responsável, pelo menos em parte, pelas diferenças observadas entre as crianças saudáveis e as crianças que têm uma doença crónica.

Como anteriormente foi mencionado, as doenças crónicas são doenças sem cura e que têm como característica serem de longa duração, interferindo nas actividades de vida habituais dos doentes e podem também ocasionar perturbações sociais e psicológicas, perturbando o bem estar e a qualidade de vida dos doentes, que se encontra modificada em função dos sintomas, dos tratamentos e das próprias

incapacidades que a doença acarreta. A maioria das doenças crónicas envolvem e evocam uma série de emoções, de medos e de expectativas, sendo que justificam a necessidade de serem tratadas, tratamentos estes que podem induzir mal estar, que é um factor considerado como importante a nível de stress na vida do doente e em particular nas crianças, que se encontram em plena fase de desenvolvimento físico e psíquico (Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000).

No que diz respeito à doença crónica e à sua vivência nas crianças, esta constitui um acontecimento tido como traumático que vai submetê-las a situações de agressão, tanto a nível interno como externo, que potenciam e levam ao aumento de sofrimento, dependência e dor (Foliot, 1982, cit. por Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000).

Os doentes crónicos oscilam entre momentos relativamente estáveis e fases caracterizadas pela agudização dos sintomas, o que provoca e está na base de determinadas reacções afectivas, cognitivas e comportamentais muito diversificadas. Na realidade, o doente tende, por sua vez, a utilizar todas as suas capacidades para enfrentar a doença, modificando o seu estilo de vida e aderindo ao tratamento. No entanto, noutras alturas, tende a ser invadido por um sentimento de impotência ou por uma motivação insuficiente para conseguir levar a cabo o tratamento (Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000).

O modo como a criança com doença crónica lida e encara a situação vai variar de acordo com a sua idade, com o estado em que a doença se encontra, também depende do seu nível de desenvolvimento cognitivo, daí que a família desempenhe um papel muito importante nestes casos. Não obstante a importância que a família tem perante a criança com uma doença crónica, este ajustamento parental vai ele próprio depender de alguns factores, como por exemplo as características e contornos que a doença tem, os aspectos mais pessoais, a forma da dinâmica familiar, assim como o apoio social (Nogueira & Pires, 2001). Tal como determinados autores sustentam (Goldman, Whitney-Saltiel, Granger, & Rodin, 1991, cit. por Barros 1996), as crianças tendem a adquirir a concepção sobre a doença através do seu processo de desenvolvimento cognitivo, assim como pela interpretação que fazem das próprias experiências, modelagem e confronto das crenças e expectativas daqueles que estão em seu redor.

1.2. Prevalência das Doenças Crónicas

As doenças crónicas com maior prevalência na infância e na adolescência são a cárie, os eczemas, a asma, a diabetes, a doença cardíaca congénita e a epilepsia.

Independentemente das doenças crónicas variarem no seu quadro de severidade e na extensão das suas consequências, pode-se considerar que todas elas possuem como denominador comum, o facto de não terem cura. Sabe-se que a partir do diagnóstico se assiste à existência de mudanças irreversíveis quanto à saúde e, obviamente, à vida da criança. Os tratamentos a que vai ter de se submeter têm geralmente como características serem continuados e, frequentemente, bastante exigentes. Estes podem permitir aliviar os sintomas, diminuir o sofrimento provocado pelo quadro clínico e prolongar a vida, mas, de uma forma geral, não envolvem e não permitem a esperança numa cura final e absoluta (Barros, 2003).

A nível de evidências estatísticas pode dizer-se que os dados norte-americanos indicam que aproximadamente 10% a 15% de crianças e jovens com menos de 16 anos sofrem de uma doença crónica ou de evolução prolongada, e que estas doenças ocupam cerca de 50% da prática pediátrica (Edwards & Davis, 1997; Magrab & Calcagno, 1978, cit. por Barros, 2003). Actualmente, sabe-se que cerca de um terço das consultas de especialidade e das hospitalizações/internamentos pediátricos, dizem respeito a situações de doença crónica (Ministério da Saúde, 1997, cit. por Barros, 2003), e que a Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil considera o atendimento da criança com doença crónica uma prioridade (Palminha, Lemos & Cordeiro, 1997, cit. por Barros, 2003).

A asma é a doença crónica com maior prevalência na infância, ganhando especial relevância nos países mais desenvolvidos. Tomando em consideração as suas características enquanto doença crónica, causa interferências substanciais na qualidade de vida e no quotidiano da criança e dos seus familiares (Almeida & Valente, 1999, cit. por Nogueira & Pires, 2001).

Em termos gerais, no contexto das doenças crónicas que têm uma tradução clínica importante, a asma ocupa um espaço que corresponde a cerca de 10 a 15% (Cordeiro, 1993).

De acordo com dados recolhidos acerca das doenças do aparelho respiratório e área de otorrinolaringologia, estas constituíram o primeiro motivo de atendimento no Serviço de Urgência do Hospital Dona Estefânia (34%) no ano de 1994. A mesma predominância registou-se nos anos de 1978 e 1993, no HDE, tal como aconteceu no Hospital de Setúbal em 1985. O diagnóstico de "asma" foi aquele a que se assistiu em maior número (6,5% dos casos), e a faixa etária mais afectada foi entre os 5 e os 11 anos (Coelho, 1996, cit. por Nogueira & Pires, 2001). Neste estudo de incidência epidemiológica realça-se ainda o aspecto dos dados se referirem unicamente aos casos

de asma clarividente, pois aqui não se encontram incluídos as outras variantes associadas a quadros de dificuldades respiratórias, que podem até eventualmente ser casos de asma, mas que para se chegar ao diagnóstico é preciso realizar um estudo mais aprofundado dos mesmos, o que não é exequível nas urgências hospitalares.

Segundo Coelho (1996, cit. por Nogueira & Pires, 2001), existe em Portugal cerca de um milhão de pessoas que sofrem de doenças alérgicas. Considera-se pois que, de todo o leque existente de doenças crónicas, as patologias associadas ao quadro de alergia são aquelas que mais afectam as crianças, como é o caso da asma alérgica. Entre 5 a 12% da população infantil portuguesa, encontra-se afectada pela asma. Estudos levados a cabo no nosso país, no ano de 1987 (por Nunes *et al.*, 1987, cit. por Nogueira & Pires, 2001), revelaram a existência de uma incidência asmática de 1,64% e prevalência de 3,4%, numa população de estudantes entre os 7 e os 18 anos. Estes dados vão ao encontro dos fornecidos por estudos realizados nos EUA, onde se assiste a uma proporção da doença em idade escolar que oscila entre os 2,8% e os 4,7%, e os estudos ingleses que falam em 2,3% e 4,8% de incidência e prevalência.

Uma vez que as doenças crónicas têm como característica, geralmente, não permitirem uma cura final, obviamente que a ênfase do tratamento, que se pode prolongar por longos períodos ou mesmo por toda a vida, é colocada no aspecto ligado ao controlo da doença, ou da sintomatologia a si associada, e não no objectivo de cura. Naturalmente que a necessidade deste tipo de cuidados vai implicar que haja uma grande transferência da responsabilidade quanto à administração do tratamento, e até mesmo a sua monitorização e adaptação, para a família, e para a própria criança à medida que esta vai crescendo. Neste contexto, torna-se evidente que a não adesão aos tratamentos medicamentosos e à terapêutica prescrita, assim como aos exercícios e outras recomendações prescritas pelos profissionais assume uma relevância e importância central, uma vez que está associada a grandes doses de sofrimento que pode ser evitável, e mesmo a evoluções negativas de algumas doenças (Barros, 2003).

1.3. Evolução das Perspectivas da Condição de Doença Crónica

O facto de se ter um diagnóstico de doença crónica, vai implicar que se esteja perante uma doença prolongada que, em vez de se tentar curar, deve ser gerida (Blanchard, 1982). Esta condição, pode ou não, fazer-se acompanhar por uma sensação de doença e comportamento doente, sendo que para cada estágio de uma doença crónica é possível proceder à implementação de certas e determinadas acções, com o

intuito de conseguir anular ou diminuir o impacto desta condição sobre o indivíduo. Naturalmente que este tipo de prevenção vai variar de doença para doença, na medida em que cada uma implica e exige modos diferenciados de actuação (Meneses & Ribeiro, 2000).

No que diz respeito à condição de doença crónica, ela sempre interessou os psicólogos que estudam a patologia infantil. Numa primeira fase, o interesse por este tipo de problemática centrou-se, essencialmente, em trabalhos do foro psicopatológico, onde as consequências psicológicas da doença crónica na infância se circunscreviam a uma visão mais catastrófica da mesma. A criança que padecia de uma doença crónica era olhada como traumatizada, inferiorizada, isto em resultado de uma consequência directa da doença (Pless, Roghman, & Haggerty, 1972, cit. por Barros, 2003).

Foi durante essa fase que apareceram os estudos cujo objectivo era comparar as características psicológicas de crianças que sofriam de diferentes tipos de doença crónica. Estes estudos surgiram, principalmente, através de dois tipos de premissas teóricas. Uma delas pressupunha que quanto mais grave ou incapacitante fosse a doença, também mais graves seriam as consequências psicológicas, querendo isto dizer que a doença em si mesma era considerada como origem de características relativamente estáveis, como se podem considerar, por exemplo, os traços de personalidade. A este tipo de premissa encontra-se subjacente uma causalidade directa e linear (Sameroff & Chandler, 1975, cit. por Barros, 2003). A outra surgiu mais ligada à visão psicossomática, a qual assentava num pressuposto de maior causalidade psicológica unidireccionada e univariada para determinadas doenças crónicas (Johnson, 1984, cit. por Barros, 2003).

Embora tenham sido apontadas diversas e pertinentes fragilidades metodológicas a esse tipo de estudos caracterizadores, a verdade é que aqueles com características mais consistentes levaram-nos a concluir que doenças específicas não se encontram associadas a determinados padrões particulares de personalidade (Johnson, 1985, cit. por Barros, 2003).

Tendo em conta as evidências anteriormente apresentadas, assim como levando em consideração a evolução dos tempos, num período mais actual pôde-se assistir a duas evoluções essenciais, assim como à sua conjunção, a partir das quais se verificou uma alteração quanto à abordagem psicológica da doença crónica. Assim, com o avanço dos paradigmas teóricos e de estudo de situações de crise e de *stress*, e da própria psicopatologia do desenvolvimento que mostrou interesse pela doença crónica como uma das condições tidas como especiais em que se assiste ao desenvolvimento de

um grande número de crianças (Fuggle & Graham, 1991; cit. por Barros, 2003), e com o avanço progressivo e sistemático da área da Medicina, tal conjugação proporcionou que as crianças que padecem de uma doença crónica passassem a ter uma vida mais longa, e com maiores semelhanças àquela que as crianças saudáveis têm.

Com esta mudança de olhar para a doença crónica, abriu-se espaço para o estudo das consequências positivas e negativas da doença crónica ao longo do desenvolvimento individual. Efectivamente, constatou-se que, embora existam consequências reais, e por vezes dramáticas, em muitas doenças crónicas, a maior parte das crianças e das suas famílias conseguem adaptar-se até bastante bem (Varni, Kaatz, Coegrove, & Dolgin, 1983, cit. por Barros, 2003). Assistiu-se a um deslocamento da ênfase nas características individuais tidas como estáveis, e que se pudessem generalizar a grandes grupos, para passar a estar nos chamados processos de adaptação e de confronto da criança e da família, assim como na variabilidade desses mesmos processos, tanto no que concerne a sujeitos diferentes, tal como na mesma pessoa em diferentes fases da sua vida.

A nível da Psicologia da Saúde, torna-se cada vez mais pertinente investigar os aspectos relacionados com o funcionamento psicológico do sujeito que parecem influenciar a sua adaptação psicológica face à situação de doença e que condicionam o seu curso. Sabe-se que uma maior capacidade de controlar os sintomas pode permitir que a ansiedade, o medo e as frustrações diminuam, o que permite, de forma consequente, uma maior autonomia, que pode ter o seu reflexo numa menor dependência em relação aos pais e aos técnicos de saúde envolvidos, permitindo ao doente uma melhoria na sua qualidade de vida (Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000).

1.3.1. Perspectiva Actual da Condição de Doença Crónica

A doença crónica passou a ser vista como um acontecimento de vida que tem influência no decurso de desenvolvimento e na forma de adaptação da criança e da família, no contexto duma causalidade múltipla e complexa (Johnson, 1984, cit. por Barros, 2003) e duma orientação transaccional (Fiese & Sameroff, 1992, cit. por Barros, 2003; Creer, Stein, Rappaport, & Lewis, 1992). Quer isto dizer que a doença crónica é entendida como uma das múltiplas condições de vida que exercem influência no processo de desenvolvimento do ser humano, onde este tem um papel activo, em

que, de forma simultânea, ele determina e é determinado pelo meio em que se encontra inserido.

Efectivamente, tem-se vindo a assistir a um deslocamento da ênfase dos estudos mais antigos, os quais se debruçavam de modo predominante sobre a identificação da psicopatologia nas famílias, para a compreensão de como as famílias ditas normais lidam e tratam das crises específicas que vão aparecendo no decurso da doença. Esta mudança de perspectiva surge através da nova visão de que as crianças com doenças crónicas, assim como as suas famílias, não são consideradas como tendo um comportamento desviante, mas sim serem pessoas normais que se vêem confrontadas com novas circunstâncias de vida tidas como excepcionais (Eiser, 1990, cit. por Santos, 1999).

As doenças crónicas possuem como característica comum serem doenças sem cura, daí que as pessoas com tais doenças têm de aprender a geri-las. Com certeza que os portadores deste tipo de doença podem levar a cabo e continuar com as suas actividades diárias, exactamente como acontece com qualquer outra pessoa, grande parte das vezes acabando por morrer de velhice ou de outro tipo de patologia sem ser a doença crónica que os foi acompanhando durante grande parte da sua existência. Assim, ter um diagnóstico de doença crónica vai implicar a existência de uma doença de carácter prolongado, perante a qual se deve procurar um modo de ser gerida e não a cura (Blanchard, 1982).

1.4. A Asma enquanto Doença Crónica

A asma é a doença crónica mais comum na infância. Tem na sua génese uma obstrução intermitente e reversível das vias aéreas, com uma intensidade que se pode considerar variável, podendo iniciar-se em qualquer altura da vida da criança (Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000).

A asma brônquica é uma doença que se pode caracterizar pela cronicidade da própria afecção. Efectivamente, esta é uma doença crónica para a qual ainda não se admite a cura. Daí que o seu tratamento seja suposto ser tão prolongado quanto a duração de vida dos próprios doentes (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

Tomando em consideração a definição de asma enquanto doença inflamatória crónica dos brônquios, esta é uma doença que dura pelo menos alguns meses e normalmente vários anos. Num determinado número de casos, pode até prolongar-se

por toda a vida. De acordo com o que se postulava há alguns anos atrás, somente 10% das crianças asmáticas é que continuariam a sofrer da doença quando adultos. No entanto, estudos mais actuais não são tão optimistas quanto a esta progressão (Falardeau, 2000).

Sabe-se que ainda hoje não se dispõe de um tratamento curativo para a asma, o que significa que ainda não existe qualquer meio pelo qual se torne possível fazer desaparecer a doença completamente e para sempre. Daí que apenas a prevenção possa, em determinados aspectos da doença, surtir um efeito de cura completa em alguns casos, nomeadamente se se evitar quaisquer contactos com os factores desencadeantes e provocadores da doença, o que pode contribuir para que a criança deixe de manifestar a doença, mas para isso tem que continuar a evitar esses factores. Os outros tipos de tratamentos disponíveis, permitem que a doença se torne tolerável e pretendem fazer desaparecer os sintomas associados ao quadro de asma, com o intuito de impedir que surjam outras complicações (Falardeau, 2000).

O tratamento da asma, enquanto doença crónica, deve ser instituído o mais precocemente possível, de modo a permitir que a criança possa levar uma vida normal, e assim impedir que se instalem certas sequelas que venham, consequentemente, limitar a criança na sua vida futura. Tal como foi dito anteriormente, ainda não existe uma cura total para a asma, sendo que o objectivo do tratamento é que o doente se mantenha assintomático, e assim vai-lhe sendo permitido ter uma vida normal. Para isso, é fundamental que a criança compreenda a sua doença, o seu carácter crónico, assim como a necessidade de fazer uma medicação contínua e regular. Isto permite considerar que "O sucesso da prevenção na criança asmática passa pela educação do doente e dos seus familiares, por um plano de actuação terapêutica adequada e uma relação íntima com os médicos e restantes membros da equipa de saúde." (Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000, p. 122).

É importante ter em linha de conta que a atitude das crianças perante a doença não tem de ser pura e simplesmente de passividade e de resignação, de onde são também desencadeados mecanismos específicos de adaptação à própria doença. Daí que os factores cognitivos tenham vindo a ser reconhecidos e considerados como determinantes muito importantes no processo de adaptação (Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000.)

Ao deparar-se com o quadro de asma da criança, e tomando em consideração a gravidade do mesmo, a família tende a ficar, frequentemente, agitada e ansiosa. A verdade é que a experiência da vivência das crises vai contribuir para que se

desencadeie uma vivência pautada pelo medo e de antecipação de uma nova crise, sendo que a angústia e o *stress* vão encontrar-se directamente dependentes da frequência e da intensidade das crises de asma já vividas. Daí decorre que exista uma repressão emocional constante, que pode estar na base do impedimento da comunicação familiar (Lemanek & Hood, 1999).

Tal como acontece com uma grande parte das doenças crónicas, também neste caso as crianças com asma tendem a ter um maior número de contactos médicos e de hospitalizações derivadas do quadro de doença e, conseqüentemente, um nível de abstenção escolar mais elevado, assim como determinadas restrições decorrentes da doença quanto à questão da participação em actividades extracurriculares e fundamentais para o processo de desenvolvimento da criança (Weiss, Gergen, & Hodgson, 1992, cit. por Lemanek & Hood, 1999).

O absentismo escolar pode ser devido a, principalmente, quatro factores, tais como a crise de asma, a hospitalização, o ter que ir às consultas ou devido a infecções. Ter que faltar às aulas por causa de uma crise de asma (que pode acontecer no próprio dia, ou que até pode ter sucedido no dia anterior, durante a noite), tem as suas implicações. As faltas mais sistemáticas, mesmo que tenham um carácter de curta duração, podem estar na base da quebra do ritmo de aprendizagem e conduzir à falta de aquisição de hábitos de estudo, de uma relação com os colegas avaliada como sendo pior e também existe um certo grau de imprevisibilidade associada à criança asmática, na medida em que se trata de um aluno com o qual o professor, e até os próprios colegas não sabem quando este se encontra presente e disponível (Cordeiro, 1993).

Este tipo de situação implica ainda tratamentos que se caracterizam pela sua longevidade, os quais também são de carácter complicado, para além de que todas estas situações poderão ainda corresponder a um encargo em termos financeiros bastante elevado para a família. Aliado a estes aspectos, podem ainda encontrar-se possíveis dificuldades de aprendizagem e de relacionamento com os pares, na medida em que o ritmo destas crianças pode ser diferente, assim como também podem surgir limitações quanto às actividades de lazer e até da própria alimentação. O que permite concluir que a asma possa determinar um sofrimento físico e psíquico da criança (Sousa, 1999, cit. por Nogueira & Pires, 2001).

Os pais das crianças asmáticas tendem a revelar possuir uma relação emotiva variável com um estado de ansiedade, o que faz com que isto conduza a que possam ter, eventualmente, atitudes de sobreprotecção e outras que se coadunam mais com a incapacidade de poderem exercer uma disciplina adequada, o que pode contribuir para

o impedimento do crescimento mais harmonioso da criança. Não obstante, os pais destas crianças podem ainda exercer uma influência mais positiva e relevante quanto ao conhecimento e atitude da criança perante a doença. Isto é possível se se comunicar à criança aspectos que se encontrem relacionados com a doença, permitindo assim ajudá-las a compreenderem e até aceitarem a situação envolvente e decorrente da doença, nomeadamente o que está relacionado com os tratamentos, as hospitalizações, os procedimentos médicos e os cuidados necessários para uma boa adaptação à doença (Sousa, 1999, cit. por Nogueira & Pires, 2001).

Numa investigação relacionada com a qualidade de vida das crianças asmáticas entre os 10 e os 17 anos (Rato, 2005) concluiu-se que quanto maior a idade melhor a qualidade de vida da criança asmática. A gravidade das crises e a sua frequência encontram-se bastante relacionadas com a qualidade de vida percebida pelas crianças. As crianças com asma grave e/ou crises de asma frequentes revelaram uma qualidade de vida pior do que as crianças com asma ligeira e/ou crises infrequentes, daí que se conclua que quanto mais grave é a asma e quanto maior a frequência das crises, pior é a qualidade de vida do asmático.

O grau de severidade da asma é um constructo complexo definido por determinadas dimensões, tais como a frequência da sintomatologia e a sua gravidade, a resposta ao tratamento, e o efeito da doença nas actividades diárias (Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000).

A asma exerce influências no desenvolvimento global da criança, na medida em que pode afectar o seu desempenho escolar, tal como outras actividades em geral, e consequentemente, a integração social. A asma brônquica na criança, nomeadamente nas crianças que se encontram em idade escolar, pode revelar determinadas problemáticas específicas mais relacionadas com a sua faixa etária, como por exemplo esta pode ter sentimentos de tristeza e de frustração, havendo dificuldades de integração com os pares e nos seus grupos de referência, devido a um sentimento de isolamento que tem em relação aos outros (Rato, 2005).

As investigações no âmbito do funcionamento social em crianças com doença crónica que têm sido levadas a cabo são variadas (como por exemplo Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh, & Wolters, 2000). Estes autores investigaram aspectos comportamentais, cognitivos e emocionais do funcionamento social de crianças com uma doença crónica, procurando descrever a interacção das crianças com uma doença crónica com os seus pares, em comparação com dados normativos derivados de crianças saudáveis, e verificar se a interacção com os pares se encontrava intimamente

relacionada com as restrições físicas e a dor associadas às características da doença. As crianças com doença crónica tendem a evidenciar um comportamento menos agressivo quando comparadas com as crianças saudáveis. Do mesmo modo, e de acordo com a percepção parental, estas crianças com doença crónica tendem a revelar mais comportamentos de submissão do que as outras com as quais são comparadas. Tomando em consideração as características da doença, tanto as restrições físicas como a dor encontram-se associadas às actividades sociais restritas mas, curiosamente, não se encontra associação entre estas variáveis e outras medidas da interacção social com os pares. Daí se conclui que as crianças que demonstram ter um comportamento mais submisso e obediente, e que se encontram restringidas nas suas actividades sociais, deveriam ter uma maior atenção, porque parece que estas se encontram especialmente vulneráveis para os problemas relacionados com o desenvolvimento social.

Algumas outras investigações realizadas também têm evidenciado determinadas contradições quanto à hipótese do aumento da severidade do quadro de asma se encontrar relacionado com o aumento das dificuldades a nível do ajustamento emocional e comportamental. Investigações anteriores seguiam no sentido que os distúrbios comportamentais só ocorriam a um nível significativo num grupo pequeno de crianças com asma severa e contínua (Graham, Rutter, Yule, & Pless, 1967; McNicol, Williams, Allan, & McAndrew, 1973, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000).

Alguns estudos mais recentes têm encontrado que o aumento da severidade do quadro de asma encontra-se associado com o aumento de problemas a nível do ajustamento (Bussing, Halfon, Benjamin, & Wells, 1995; MacLean, Perrin, Gortmaker, & Pierre, 1992, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000) e com maiores dificuldades na relação mãe-filho (Hermanns, Florin, Dietrich, Rieger, & Hahlweg, 1989, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000). Este padrão constatado mostra-se consistente com as informações que vão no sentido de elevados níveis de desordens psiquiátricas entre adolescentes com um quadro de asma muito severa (Wamboldt, Weintraub, Krafchick, & Wamboldt, 1996, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000). No entanto, outras investigações não encontraram qualquer relacionamento entre a severidade da asma e o funcionamento psicológico (Kashani, Konig, Shepperd, Wilfley, & Morris 1988, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000). Mesmo assim, outros estudos ainda encontraram um efeito curvilíneo, com a maior parte das disfunções

psicológicas a ocorrer entre crianças com asma severa e moderada (Perrin, MacLean, & Perrin, 1989, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000).

1.5. Características da Família no Quadro de Doença Crónica

O ambiente social e, principalmente, o círculo familiar no qual a criança se encontra inserida, onde ela vive, cresce e passa pelas diferentes etapas do seu desenvolvimento, tem uma grande importância e vai determinar numa medida relevante o significado que é atribuído à doença crónica, assim como os recursos internos e os externos que vão estar disponíveis. De um modo mais global, pode dizer-se que o ambiente circundante tem grande importância na adaptação da criança e do adolescente a toda a situação. Não se pode desprender a doença crónica da família, pois este é um assunto de suma importância que implica e afecta toda a esfera familiar. Todos os elementos que constituem a família da criança vão ser, evidentemente afectados por esta condição, assim como se vêem perante a necessidade de desenvolverem processos que passam pelo confronto, e consequente adaptação à situação (Barros, 2003). Dai que seja possível dizer que a família tanto pode desempenhar um papel que permite facilitar o processo de adaptação, assim como, de forma oposta, pode servir de obstáculo e como um dificultador ao processo de adaptação.

Tomando em consideração estas variáveis e a sua importância perante a doença crónica, e numa perspectiva mais transaccional, pode dizer-se que tanto a família vai determinar a adaptação da criança à doença crónica, assim como está vai sofrer influências da doença crónica e da maneira como a criança realiza o seu processo de adaptação à mesma, onde se assiste a um série de interações circulares que se vão sucedendo (Fiese & Sameroff, 1992, cit. por Barros, 2003).

Ao situar-nos numa perspectiva sistémica (Patterson, 1995, cit. por Barros, 2003), é reconhecido que o diagnóstico de doença crónica numa criança/filho, é uma situação causadora de *stress* em toda a família, o que vai fazer com que haja a necessidade de se modificarem alguns dos seus padrões de funcionamento. Isto contribui para que a percepção da criança se altere, tal como as atitudes educacionais, de onde a própria evolução da doença, assim como, de um modo mais geral, todo o desenvolvimento da criança pode ser alterado. Deste modo, conclui-se que a adaptação passa por ser um processo longo com continuidade e também, um processo dialéctico interactivo entre a criança e a sua família.

1.5.1. A Família perante o quadro de Asma Brônquica

Têm sido várias as investigações levadas a cabo no sentido de tentar compreender as influências exercidas pela família no quadro da doença asmática (por exemplo Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004). Encontraram-se evidências que vão no sentido de que determinadas características emocionais da família, como os comportamentos relacionados com o tratamento da asma, e os factores psicológicos, sejam considerados factores influentes quanto ao começo do ataque de asma e ao resultado do mesmo. Conclui-se que variadas características familiares se encontram associadas ao desenvolvimento da asma na criança, nomeadamente com o seu desencadear e as suas consequências. Os mecanismos psicológicos e comportamentais podem agir de forma independente, ou podem interagir de modo a afectar as manifestações de asma.

Constatou-se que famílias com características emocionais específicas, podem estar em elevado risco de terem piores consequências relacionadas com a asma. Os factores psicossociais da criança, dos pais e da família, podem efectivamente contribuir para a variabilidade de apresentação da sintomatologia asmática. Por exemplo, as crianças com uma predisposição a nível genético para desordens afectivas e asma, podem ser representativos de um subgrupo de crianças em risco para o desenvolvimento de asma severa (Wamboldt, Weintraub, Krafchick, & Wamboldt, 1996, cit. por Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004).

Tem vindo a ser evidente que o aumento de abordagens multidisciplinares, nomeadamente aquelas que se concentram nos aspectos biológicos, socioculturais, psicológicos e na perspectiva familiar, é cada vez mais necessário para melhor entender o fenómeno da asma (Wright, Rodriguez, & Cohen, 1998 cit. por Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004). Apesar do aumento do número de estudos que vão no sentido de examinarem aspectos do funcionamento psicossocial relacionados com a asma, parece que as dificuldades psicológicas não se encontram aumentadas nas crianças com asma leve e moderada (Bender, Annett, Ikle, DuHamel, Rand, & Strunk, 2000, cit. por Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004). No entanto, factores associados à psicopatologia, à disfunção familiar, e à falta de obediência em questões de medicação, têm vindo a ser associados com o aumento do risco de asma severa com um controlo bastante empobrecido (Bender & Klinnert, 1998, cit. por Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004). Dai que se considere importante que a nível da investigação se examine de forma mais próxima as relações entre os factores psicológicos e a asma severa, na medida em que

através disso se possam fornecer informações sobre o entendimento de como é que as variáveis psicológicas e da família afectam, ou resultam numa variedade de manifestações da asma.

A nível das revisões bibliográficas, a literatura tem consistentemente demonstrado que o ambiente familiar social precoce, incluindo situações de conflito, agressão e até uma alimentação deficiente, pode ser representativo de um perfil de risco, onde estas famílias são designadas de "famílias em risco" (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002, cit. por Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004), o que demonstra as implicações para a saúde mental e física da criança. Também os factores genéticos e familiares interagem e podem, de uma forma directa ou indirectamente, contribuir para certas interrupções do desenvolvimento a nível emocional, social e biológico, que podem continuar a ter um impacto no decurso do ciclo de vida (Repetti *et al.*, 2002 cit. por Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004). De entre as crianças com asma, a distinção destas famílias de risco, pode contribuir para ajudar a identificar aquelas famílias que têm factores de risco similares, para as quais gerenciar a asma das crianças representa um desafio adicional e também para as quais as crianças apresentam piores resultados em relação à asma (Bender & Klinnert, 1998; cit. por Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004).

É importante tomar em consideração que todas as crianças que apresentam um quadro de asma severa e controlada de forma pouco eficaz, não têm necessariamente que ter uma família com um funcionamento que se possa caracterizar pelo sofrimento e risco, sendo que o mesmo sucede em termos inversos. Ou seja, nem todas as famílias que se encontram em maior perigo e risco, têm crianças que vão desenvolver um quadro de asma severo e pouco controlado (Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004).

De um ponto de vista diferente, mas complementar, o impacto da asma na criança na qualidade de vida dos pais também tem vindo a ser motivo de estudo (por exemplo, Halterman, Yoos, Conn, Callahan, Montes, Neely, & Szilagyi, 2004). Isto porque a medição da qualidade de vida dos cuidadores é considerada como uma variável importante quando as intervenções são direccionadas para a criança pequena com asma. De acordo com algumas pesquisas mais centradas na perspectiva do prestador de cuidados e da percepção que têm da sua qualidade de vida, parece então que a qualidade de vida de prestadores de cuidados se encontra directamente influenciada pelo grau de severidade da asma da criança, assim como por outros factores familiares (Halterman, Yoos, Conn, Callahan, Montes, Neely, & Szilagyi, 2004).

Naturalmente que aferir a qualidade de vida do paciente asmático é importante para se proceder ao entendimento da carga emocional relacionada com a asma, e também é importante para avaliar de modo exacto e completo da efectividade dos programas de asma que se costumam implementar (Juniper, Guyatt, Ferrie, & Griffith, 1993; Szilagyi & Schor, 1998, cit. por Halterman, Yoos, Conn, Callahan, Montes, Neely, & Szilagyi, 2004). Na mesma direcção, avaliar a qualidade de vida dos prestadores de cuidados é igualmente importante, quando o alvo das intervenções é a criança mais pequena. As crianças mais novas dependem dos seus prestadores de cuidados no que diz respeito à monitorização dos sintomas, à administração de medicamentos, e para a prestação de cuidados continuados. Por isso mesmo, o peso e o fardo da doença estende-se a toda a família. Ainda mais, a qualidade de vida do prestador de cuidados pode influenciar as decisões quanto aos cuidados médicos a serem tomados em relação à criança (Halterman, Yoos, Conn, Callahan, Montes, Neely, & Szilagyi, 2004).

A partir das evidências empíricas recolhidas pode concluir-se que os factores familiares, assim como a sua interacção com as características da doença e do indivíduo doente, são aspectos que devem ser considerados como relevantes quando se procura compreender os aspectos de funcionamento de uma entidade tão complexa como é o caso da asma brônquica enquanto doença crónica.

CAPÍTULO II

A ASMA BRÔNQUICA NA CRIANÇA

1. INTRODUÇÃO

No que diz respeito à asma brônquica sabe-se que esta doença constitui um problema de saúde, que toma contornos de uma problemática de saúde pública, na medida em que representa uma das doenças mais frequentes na criança e no jovem (Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000).

1.1. Definição de Asma Brônquica

A palavra asma vem do grego *ásthma* ("pouco fôlego", "respiração penosa") e do latim *asthma* ("sufocante", "arquejante"). O termo encontra-se adoptado desde há muito tempo a esta parte, constando desde os primeiros escritos de medicina.

Quanto à definição de asma enquanto doença, esta tem vindo a ser tema de várias conferências internacionais, que se baseiam na procura de uma expressão de consenso. Na realidade, as primeiras reuniões centraram-se principalmente nos sintomas ou no que é designado de desordem de função.

A asma brônquica é uma doença conhecida desde há muito tempo a esta parte, daí que tenham resultado várias e sucessivas alterações quanto ao seu conceito e definição. A primeira descrição da doença aparece por volta de 1868, baseia-se em estudos clínicos e é proposta por Henry Salter, que descreve a asma como uma situação de dispneia com características particulares e peculiares, valorizando a obstrução das vias aéreas e o seu carácter reversível (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

Somente um século mais tarde, por volta de 1959, é que surge uma nova definição, em que a tónica é igualmente posta na obstrução generalizada das vias aéreas, definição esta que não difere de forma distónica da já proposta anteriormente. Não obstante, em 1962, a American Thoracic Society, vai propor uma outra definição em que se introduz o conceito de hiper-reactividade das vias aéreas, sendo que até à década de 80 continuou-se a enfatizar o papel da hiper-reactividade brônquica, assim como da obstrução variável das vias aéreas. É pois a partir desta altura que se começa a dar uma grande importância à inflamação crónica das vias aéreas e às suas relações com a hiper-reactividade brônquica (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

É a partir de 1995, com base na *Global Initiative for Asthma* (GINA), e tomando em consideração conhecimentos acerca do papel da inflamação na génese da

doença, que se passa a considerar a asma como uma doença inflamatória crónica das vias aéreas. Chega-se à definição de que a asma é uma doença caracterizada pela inflamação crónica das vias aéreas, na qual participam particularmente vários tipos de células como mastócitos, eosinófilos e linfócitos T. Em indivíduos susceptíveis, esta inflamação causa episódios recorrentes de pieira, dispneia, opressão torácica e tosse predominantemente nocturna ou no início da manhã. Estes sintomas estão invariavelmente associados a uma limitação generalizada, mas variável, do fluxo aéreo que pode reverter-se espontaneamente ou sob tratamento. A inflamação está relacionada também com a hiper-responsividade brônquica a vários estímulos alérgicos e não alérgicos. O seu curso clínico é caracterizado por exacerbações e remissões (Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 1995). Esta definição é aquela que actualmente é aceite, de forma universal, para a asma brônquica.

No que diz respeito a Portugal, e de acordo com o Programa Nacional de Controlo da Asma (2000) a asma é, pois, considerada como "a doença inflamatória crónica das vias aéreas que, em indivíduos susceptíveis, origina episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse particularmente nocturna ou no início da manhã, sintomas estes que estão geralmente associados a uma obstrução generalizada, mas variável, das vias aéreas, a qual é reversível espontaneamente ou através de tratamento" (National Heart, Lung and Blood Institute and World Health Organization, 1995, *in* Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000, p. 7).

Não obstante, o *The National Asthma Education and Prevention Program* do *The National Institutes of Health* (NIH), em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), recentemente redefiniram a doença da asma em função das suas três principais características que são a: (1) inflamação crónica das vias aéreas com (2) pelo menos uma parcial reversibilidade da obstrução das vias aéreas e (3) hiper-responsividade brônquica a uma variedade de estímulos (National Institute of Health, 1997).

Dentro de todas as definições existentes para descrever o quadro clínico de asma brônquica, provavelmente aquela que se pode considerar a mais abrangente será a proposta pela *British Thoracic Society* (1993) que propõe que a asma é uma condição inflamatória crónica das vias aéreas, cuja causa não está completamente elucidada. Como consequência da inflamação as vias aéreas tornam-se hiper-responsivas e estreitam-se facilmente em resposta a inúmeros estímulos. Isto pode resultar em tosse, sibilos, sensação de opressão torácica e dispneia, sendo estes sintomas mais comuns durante o período da noite. O estreitamento das vias aéreas é geralmente reversível,

porém, em pacientes com asma crónica, a inflamação pode determinar obstrução irreversível ao fluxo aéreo. As características patológicas incluem a presença de células inflamatórias nas vias aéreas, exsudação de plasma, edema, hipertrofia muscular, rolhas de muco e descamação do epitélio.

De acordo com as definições anteriores, nos sujeitos mais predispostos a este quadro clínico, a inflamação vai provocar uma hiper-reactividade das vias aéreas que reagem a uma multiplicidade de estímulos específicos, tais como as alergias, e a estímulos não específicos, como por exemplo o pó ou o fumo do tabaco (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001).

Deste modo, pode-se concluir que o conceito e definição de asma brônquica tem vindo a evoluir tendo como base novos conhecimentos e investigações realizadas na área, sendo que actualmente se considera que a inflamação das vias aéreas é considerado um aspecto fundamental para o desenvolvimento da doença.

1.2. Epidemiologia da Asma

Tomando em consideração os dados estatísticos e evidências de prevalência sabe-se que esta doença, com tendência de crescimento quanto à sua incidência e prevalência, é uma importante causa de internamento hospitalar, sendo também causa de sofrimento a vários níveis, estendendo-se o mesmo às próprias famílias, aos grupos de pertença do doente, levando, por vezes, a condicionamentos a nível da actividade normal e, conseqüentemente, à chamada qualidade de vida (Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000). De um ponto de vista clínico, a asma leva a um sofrimento, numa percentagem que se pode dizer significativa em termos de doentes, que se estende a nível físico, psíquico e social, extensivo às esferas familiar, laboral e social do doente asmático.

Quanto à sua epidemiologia, a asma é, a nível mundial uma das doenças crónicas consideradas como mais frequentes, afectando, segundo estimativas internacionais, mais de 150 milhões de pessoas em todo o mundo. Tomando em consideração diversas razões de ordem etiopatogénica e epidemiológica, tem-se vindo a assistir, a nível dos países considerados desenvolvidos, a um crescimento que se calcula entre os 20% e os 50% em cada década, quanto à sua incidência e prevalência (Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000).

Em relação aos factores de risco que podem estar relacionados com o aumento de prevalência da asma brônquica, sabe-se que a susceptibilidade genética, a exposição

ambiental e a susceptibilidade do hospedeiro, são indicados como três destes factores de risco. Efectivamente, parece que o aumento da incidência da asma está relacionado com uma maior agressividade ambiental, que actua num plano genético com propensão para tal. Também, no que diz respeito à susceptibilidade do hospedeiro, sabe-se que aspectos como a raça, o sexo e até a dieta das populações, servem como condicionantes importantes para o aparecimento de asma e alergias (Seaton, Godden, & Brown, 1994, cit. por Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

De um modo geral, sabe-se que a proporção da prevalência da asma no sexo masculino sobre o sexo feminino é de 2:1 na infância, sendo que atinge praticamente a igualdade na idade adulta, ou até mesmo o sexo feminino pode ultrapassar o masculino nesta faixa etária (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

A asma brônquica é, efectivamente, uma doença respiratória crónica bastante frequente, na medida em que afecta, aproximadamente 5 a 10% da população infantil. A maioria das crianças afectadas pela asma inicia a sua sintomatologia muito precocemente, entre os 4 e os 5 anos de idade. Esta é uma situação clínica deveras complexa, onde se encontram implicados uma multiplicidade de factores, em que predominam os de natureza imunológica, os quais se encontram subjacentes à justificação da sua heterogeneidade e complexidade (Carvalho, 1993).

Quanto aos dados de prevalência da asma em Portugal, como é geralmente admitido, não existem ainda dados completamente definitivos sobre a mesma, mas estima-se que afecte 4,48% da população, o que nos coloca em 53º lugar em 84 países (Global Burden of Asthma, GINA, 2003, cit. por Relatório Preliminar do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2005).

Sabe-se também que a prevalência da asma é mais elevada na população infantil e juvenil, sendo considerada uma causa frequente no internamento hospitalar. Efectivamente, sabendo que a asma é uma doença crónica frequente na criança e também na população adulta, é conhecido que, quanto a Portugal, a prevalência média da asma atingirá mais de 11% da população do grupo etário dos 6-7 anos (International Study of Asthma and Allergies in Childhood, 1998, cit. por Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000), 11,8 % no dos 13-14 anos (International Study of Asthma and Allergies in Childhood, 1998, cit. por Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000) e 5,2 % no dos 20-44 anos (European Community Respiratory Health Survey, 1996, cit. por Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000). Estima-se assim que o número total de doentes possa ultrapassar os 600 000.

Efectivamente, ressaltam destes estudos epidemiológicos aspectos preocupantes, tal como o aumento gradual e acentuado da prevalência da asma, principalmente nos países industrializados, assim como o aumento da sua morbilidade e até mortalidade. É importante ter em consideração que estes factos constatados decorrem numa época em que a terapêutica da asma tem vindo a sofrer uma grande evolução, no que diz respeito aos conceitos subjacentes ao tratamento, e à sua divulgação, que vão sendo acompanhados com o aparecimento de novos fármacos. Isto conduz à suposição de que existem taxas de subdiagnóstico e subtratamento consideradas importantes que, de um modo geral, se fazem acompanhar com a falta de informação. Esta é muitas das vezes, também, uma das responsáveis pelos pacientes com asma fazerem uma adesão ao tratamento considerada deficiente, assim como responsável pela dificuldade e incapacidade destes percepcionarem a gravidade da situação de base de doença ou das suas exacerbações (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

Na realidade verifica-se que, a nível do plano das estatísticas, o aumento de frequência da asma certamente também se deve, em certa medida, ao facto de ser melhor diagnosticada, sendo que actualmente se assume que há duas décadas atrás uma grande parte dos asmáticos, nomeadamente as crianças, não eram reconhecidos como tendo asma, isto porque havia uma falta de conhecimento à volta de certos aspectos importantes relacionados com a doença. Não obstante, a realidade também nos demonstra, através de estudos mais recentes, que se assiste a um aumento de número de asmáticos na maior parte dos países ditos industrializados, independentemente da melhoria do diagnóstico (Falardeau, 2000).

1.3. Factores Desencadeantes

Quanto às causas subjacentes à asma, estas podem ser muitas, sendo que se encontram frequentemente interligadas. Para além dos factores desencadeantes, de um modo geral, considera-se que habitualmente existe uma predisposição individual ou familiar para a doença (Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000).

Os sintomas de asma podem ocorrer, ou até mesmo, agravar-se, em presença de exercício físico; infecção viral; alérgenos como os ácaros do pó doméstico (principalmente o pó existente em colchões, almofadas e carpetes), animais de pelo, baratas, pólen e fungos; fumo (nomeadamente o de tabaco e de lenha); poluição atmosférica; alterações de temperatura do ar; emoções fortes, principalmente quando

desencadeiam riso ou choro; produtos químicos inaláveis; fármacos (nomeadamente o ácido acetilsalicílico e beta-bloqueadores) (Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000; Manual de Boas Práticas na Asma, 2000).

O esforço e as emoções também podem desencadear ou agravar uma crise asmática (Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000).

Na idade infantil torna-se difícil o estabelecimento rigoroso dos factores com maior relevância que servem como intervenientes, uma vez que estes tanto podem actuar de forma isolada ou em conjunto, podendo ser o alérgico, o infeccioso, o ambiental, o emocional, entre outros factores (Carvalho, 1993).

Na realidade, as chamadas crises de asma (ou exacerbações) possuem um carácter episódico. No entanto, a inflamação das vias aéreas é considerada crónica, sendo que a asma é uma doença que requer tratamento a longo prazo. A asma pode mudar ao longo do tempo, podendo ser considerada como ligeira, moderada ou grave. Para além disso, a gravidade da asma varia entre os indivíduos, e pode também variar num indivíduo ao longo do tempo (Manual de Boas Práticas na Asma, 2000).

1.4. Fisiopatologia e Patogenia da Asma

A asma brônquica é considerada como um síndrome que toma variadíssimas expressões, que levanta à sua volta especulações acerca da multiplicidade de mecanismos patogénicos que se encontram na base da doença.

O sistema respiratório é o sistema de órgãos envolvidos no fenómeno da respiração. No corpo humano, o diafragma, e de forma menos importante os músculos que se encontram entre as costelas, geram uma acção de propulsão, movendo a ar para dentro e para fora dos pulmões, através de uma série de vias respiratórias, que se podem dividir em tracto aéreo inferior e tracto aéreo superior. De forma global, o sistema aéreo superior compreende a cavidade nasal (o nariz) e a faringe, enquanto que as vias aéreas inferiores são constituídas pela laringe, a traqueia os brônquios, os bronquíolos e os alvéolos pulmonares. Do mesmo modo, o sangue e o sistema cardiovascular podem ser considerados como elementos de um sistema respiratório em função (Britannica Concise Encyclopedia, 2006)

Sabe-se que a principal função do sistema respiratório é permitir o fornecimento do oxigénio necessário e imprescindível para o metabolismo celular, e remover as substâncias resultantes desse metabolismo, nomeadamente o dióxido de carbono. Assim, no momento de inspiração, o ar é aquecido e filtrado através da sua passagem

pelas vias aéreas superiores, passando pelas narinas e a cavidade nasal. A zona condutora ou o chamado tracto aéreo superior começa pelas narinas, que se fazem seguir para a cavidade nasal. As funções primárias desta passagem nasal são a filtragem, o aquecimento e a humedificação do ar, permitindo a ressonância no falar. Depois de fazer este trajecto, passa seguidamente, pela faringe, laringe, traqueia brônquios, bronquíolos, chegando por fim aos alvéolos pulmonares. Aí efectuam-se as trocas gasosas, as trocas entre o sangue que percorre o sistema respiratório e o oxigénio inspirado. A expiração é o último processo, através do qual o ar é expelido (Wikipedia, s. d.).

Evidências inferidas através da investigação têm demonstrado que na asma, enquanto doença inflamatória crónica, são muitas as células que intervêm. Num indivíduo mais susceptível, esta inflamação causa episódios recorrentes de diversos graus de pieira, dispneia, opressão torácica e tosse. Estes episódios encontram-se associados a um aumento da obstrução ao fluxo aéreo, embora este seja variável, e muitas das vezes o quadro é reversível de modo espontâneo ou após tratamento (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

Sabe-se que tanto os factores genéticos, assim como os factores ambientais, são considerados como determinantes na fisiopatologia e no prognóstico da doença. É a partir do grau de inflamação e de broncoespasmo, assim como da intensidade dos fenómenos de remodelação que ocorrem nas vias aéreas, que se pode proceder à classificação do quadro clínico de doença quanto à sua gravidade. A patogénese da asma está associada a mecanismos moleculares e celulares da inflamação das vias aéreas (Todo-Bom & Pinto, 2006).

Nas pessoas que têm asma, sucede que os brônquios se contraem como resposta a determinados estímulos, o que não acontece nas vias aéreas dos pulmões das pessoas não asmáticas. Este estreitamento a que se assiste pode ter como base a reacção a substâncias que provocam essa reactividade. Quando sucede uma crise de asma, os tecidos que se encontram a recobrir as vias aéreas vão-se inflamar ainda mais e libertam muco. Os músculos dos brônquios vão produzir um espasmo, e daí decorre a bronco-constricção, onde se assiste a uma redução do diâmetro dos brônquios, o que dificulta assim a entrada e a saída de ar dos pulmões. As evidências apontam para que a causa desse estreitamento seja devida à acção de determinadas células das vias aéreas que se encontram distribuídas pelos brônquios e que vão estar na base da libertação de substâncias como as citocinas, a histamina e leucotrienos. São essas as substâncias

que ajudam a produzir contracção a nível da musculatura e estimulam a secreção de muco, o que conduz ao estreitamento das vias aéreas (Merck, Sharp, & Dohme, s. d).

Dos variados factores associados à fisiopatogenia da asma resulta que a relação entre os diversos tipos de inflamação das vias aéreas e o conceito de "remodelagem" das vias aéreas são temas que estão constantemente a serem analisados. De um ponto de vista clínico, o conceito de "remodelagem das vias aéreas" pode ser definida como um processo cuja consequência resulte na obstrução permanente do fluxo de ar, apesar da utilização de um tratamento com terapias anti-inflamatórias mais agressivas (que incluem o uso de corticoesteróides inalados e corticoesteróides sistémicos). Essa remodelagem pode ser descrita como possuindo três características mais salientes, tais como o aumento da massa muscular das vias aéreas; o aumento da fibrose da parede das vias aéreas que ocorre quando a inflamação se instala por um período mais prolongado, e um aumento do muco que, consequentemente, vai bloquear as vias aéreas, não permitindo assim reverter a obstrução (Merck, Sharp, & Dohme, s. d).

Assim, reconhece-se a presença de inflamação dos brônquios nos asmáticos, sabendo-se que a inflamação é a base da asma e que o broncoespasmo é a sua consequência (Falardeau, 2000).

Partindo da própria definição de asma brônquica, principalmente nos anos 90, sabe-se que esta patologia tem como característica ser uma alteração inflamatória crónica das vias aéreas. Como afecção inflamatória, é bastante complexa, e envolve inúmeras células e uma grande quantidade indeterminada dos seus produtos, que tornam possível a sua comunicação, assim como a activação e interacção destes fenómenos em cascata, que irão por sua vez influenciar, e também ser influenciados pelo sistema nervoso autónomo através dos seus variados neurotransmissores e receptores, tal como acontece, ao mesmo tempo, interacções com o epitélio brônquico e o músculo liso.

Assim sendo, estes mecanismos, de forma conjunta, vão induzir e contribuir para o aparecimento das alterações observáveis nos pacientes com asma, nomeadamente: a infiltração celular, o edema, a perda de integridade do epitélio brônquico, a hiperplasia das glândulas secretoras de muco, o espessamento da membrana basal, a deposição subepitelial de colagénio, a deposição de miofibroblastos, entre outros acontecimentos, que vão contribuir de forma decisiva para o surgimento da hiper-reatividade brônquica e obstrução das vias aéreas tão características deste quadro sintomatológico (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

A inflamação conduz deste modo ao edema (inchaço) dos brônquios e a um espessamento das secreções brônquicas. Este inchaço dos brônquios, que se pode fazer combinar ou não com a presença de secreções espessas, pode estar na base e provocar um bloqueamento, levando deste modo, a uma impossibilidade temporária de utilizar essa parte do pulmão. Assim, essa parte do pulmão que se encontra servida pelo brônquio entupido, vai-se esvaziar de ar, o que se encontra na origem de uma diminuição do volume do pulmão nessa zona. A este processo, dá-se o nome de atelectasia, ou seja, assiste-se a uma diminuição dos alvéolos duma parte do pulmão, sendo que estes ficam privados da sua ventilação, pois o brônquio que os serve encontra-se bloqueado, mas não da sua circulação sanguínea (Falardeau, 2000).

Deste modo, a inflamação dos brônquios característica da asma, vai torná-los mais sensíveis a qualquer tipo de agressão que possam sofrer, sendo que este aumento de sensibilidade vai conduzir a reacções mais fortes e também mais frequentes quanto à possibilidade de agressões do dia-a-dia provocadas e infligidas pelos factores irritantes, pelas mudanças ambientais, nomeadamente de temperatura, pelas infecções virais, entre outras. A este fenómeno dá-se o nome de hiper-reacção brônquica, que consiste num aumento das secreções e da sua viscosidade, e também se caracteriza pela presença de broncoespasmos mais frequentes. Um broncoespasmo, é uma contracção, de modo frequente tida como súbita dos músculos dos brônquios, que vai provocar a diminuição do seu calibre, o que contribui para que seja mais difícil e complicada a expiração, que consiste na segunda fase da respiração, onde se faz a saída do ar para, assim, expulsar o gás carbónico. Este espasmo vai, obviamente, levar a uma dificuldade de respirar, de completar o processo respiratório, representativo da chamada crise de asma (Falardeau, 2000).

Tomando em consideração o ponto de vista fisiopatológico da asma, esta caracteriza-se por uma obstrução difusa e potencialmente reversível do fluxo aéreo. Actualmente aceita-se que as alterações morfológicas que levam a essa obstrução são: a contracção do músculo liso das vias aéreas, brônquico e bronquiolar; o aumento da produção de muco; o aumento da espessura da membrana basal e o edema da submucosa. Estas alterações podem não se encontrar presentes em simultâneo, mas quando se encontram associadas levam a uma obstrução mais grave. Uma grande parte das vezes estas alterações fazem-se acompanhar por uma maior irritabilidade brônquica, o que faz com que as vias aéreas se tornem susceptíveis a uma multiplicidade de agentes capazes de originar a chamada obstrução brônquica.

Actualmente é admitido que este fenómeno se encontra dependente da existência de uma reacção inflamatória ao nível da mucosa e da submucosa (Rendas, 1993).

Assim, a inflamação crónica da asma pode caracterizar-se como um processo de fibrogénese, com o espessamento da membrana basal, edema, proliferação e congestão vascular da submucosa e lâmina própria com aumento da permeabilidade capilar. Efectivamente a característica principal da patogénese da asma brônquica é apontada como sendo a limitação do fluxo aéreo. Esta ocorre a partir da existência de alterações inflamatórias, em que as principais características apontadas são as seguintes: ocorre a vasodilatação e congestão da microvascularização brônquica, havendo um aumento na exsudação de plasma para o interstício das vias aéreas e, conseqüentemente, surge um edema. Neste processo, ainda ocorre a infiltração de células inflamatórias nos brônquios, principalmente por eosinófilos, linfócitos, mastócitos e macrófagos com descamação e espessamento da membrana basal reticular. Outras características apontadas são a hipersecreção mucosa, hipertrofia das glândulas mucosas, aumento das células calciformes, com aumento da secreção intraluminal, e obstrução das vias aéreas por "rolhas" de muco; e também a contracção e encurtamento da musculatura lisa espiral, que envolve a via aérea, com aumento da massa muscular, hipertrofia e hiperplasia muscular (Telles Filho, 2004; 2005).

Exactamente como Quevauvilliers e Perlemuter (2001) postulam, a diminuição do lúmen dos brônquios surge como evidência secundária à conjugação de três elementos que são o edema, a hipersecreção das glândulas de muco e o espasmo brônquico.

Se um indivíduo entrar em contacto com um determinado alérgeno, perante o qual apresenta ter sensibilidade, esse tipo de antígeno vai reagir com moléculas IgE, moléculas essas específicas que se encontram fixadas à superfície dos mastócitos da mucosa e da submucosa brônquica. Assim, estes vão libertar diferentes mediadores que já se encontram pré-formados, como é o caso da histamina, factores quimiotáticos para os eosinófilos e neutrófilos, que vão por sua vez induzir a formação de novos mediadores através da activação da membrana fosfolipídica das células de anafilaxia tais como: factor de agregação plaquetária (PAF), prostaglandinas e leucotrienos, os quais eram anteriormente designados de substância lenta da anafilaxia. Deste modo, os mediadores libertados começam a desencadear a contracção do músculo liso e a congestão vascular, o que leva à obstrução do fluxo de ar. Seguidamente vai então suceder-se um declínio da capacidade e função respiratória que se pode processar em duas alturas. Pode assistir-se a uma resposta asmática imediata, havendo uma reacção

de hipersensibilidade que se manifesta em poucos minutos, mas pode haver também uma resposta asmática tardia, sendo que em 50% dos asmáticos o influxo e a activação das células inflamatórias, tais como os eosinófilos, os neutrófilos e os linfócitos, só respondem depois (Scanlan, Wilkins, & Stoller, 2000, cit. por Rato, 2005).

Durante o intervalo que se constata entre as crises, os brônquios das pessoas asmáticas apresentam-se, de uma forma geral, permanentemente irritados, e manifestam uma sensibilidade exagerada perante determinados estímulos (sejam eles específicos e/ou inespecíficos) quando em comparação com indivíduos saudáveis (Rato, 2005).

Na realidade, as pesquisas continuam na procura de compostos efectivos que intervenham na remodelação e na inflamação brônquica, os quais possam ser usados com segurança (Campos, 2003).

1.5. Etiologia e Factores de Risco Associados à Asma

Sabe-se que a presença de história de asma na família da criança, principalmente quando esta se verifica nas duas partes da família de onde a criança descende - paterna e materna -, este facto serve como forte argumento para poder levantar a hipótese da doença, desde o aparecimento dos primeiros sintomas característicos ligados ao quadro da doença. A asma, enquanto afecção respiratória, parece efectivamente estar ligada a componentes genéticos e hereditários, sendo que com base em evidências estatísticas demonstrou-se que as pessoas originárias de famílias onde existe asma correm maior risco de ter filhos asmáticos, e esse risco aumenta com o número de casos na família. (Falardeau, 2000).

É consensualmente aceite por diversos autores que a existência de antecedentes familiares de asma, nomeadamente parentais, representam um factor de risco para o aparecimento da sintomatologia respiratória na criança (Dold, Wjst, Von Mutius, Reitmeir, & Stiepel, 1992; Jenkins, Hopper, Flander, Carlin, & Giles, 1993; Rona, Duran-Tauleria, & Chinn, 1997; Jenkins, Hopper, & Giles, 1997; The European Community Respiratory Health Survey Group, 1997; Matsuoka, Nakagawa, Nakayama, Yamashita, & Kuroda, 1999; Gray, Peat, Belousova, Xuan, & Woolcock, 2000, cit. por Gaspar, Almeida, Pires, Prates, & Rosado Pinto, 2001).

Também o eczema, a rinite alérgica ou a história familiar de doença atópica, estão frequentemente associados a um quadro clínico de asma (Manual de Boas Práticas na Asma, 2000).

A asma, de um modo mais geral, costuma ter o seu começo na época da infância, e encontra-se numa grande parte, senão na maioria dos casos, associada com a atopia. Independentemente do facto de se saber que a prevalência da atopia é considerada alta na população em geral, na medida em que 30 a 50% das crianças que são avaliadas a manifestam, sabe-se que a sua presença é um factor predisponente considerado forte para o aparecimento e desenvolvimento da asma. Não obstante o facto da atopia ter um papel predisponente, a possível actuação dos agentes do ambiente doméstico ou do local onde se trabalha/estuda, são factores causais reconhecidos em alguns dos casos identificados com asma (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

Tomando em consideração a hiper-reacção brônquica e os diversos factores subjacentes ao seu aparecimento, convencionou-se cinco grandes categorias de factores que estão na base dessa reacção hiper-responsiva. Os alergenos são, provavelmente, a causa mais frequente da asma infantil. Considera-se que mais de dois terços das crianças tidas como asmáticas sofrem de alergia. A alergia é descrita como uma reacção exacerbada a determinadas substâncias chamadas de alergenos, sendo que esta reacção advém dos mecanismos de defesa do próprio organismo, que fazem o reconhecimento da substância em causa como algo desconhecido e nocivo. No entanto, a reacção do organismo face a este elemento estranho, ao tentar destruí-lo e erradicá-lo no interior dos brônquios, faz-se acompanhar por inflamação e, por sua vez, podem suceder broncoespasmos.

No caso particular da asma, os alergenos respiratórios são aqueles mais preocupantes, mas também determinadas alergias do tubo digestivo podem ter a sua quota-parte de importância.

No tipo de alergias do sistema respiratório, a substância considerada como alergeno vai entrar em contacto com as vias respiratórias do sujeito. As principais substâncias que provocam alergias nas crianças são os pólenes, os animais, a poeira e os fungos (Falardeau, 2000).

No caso dos pólenes, tanto das árvores como das flores, são dos elementos mais responsáveis pela maioria dos problemas de alergias respiratórias constatados durante a Primavera e o Verão. Os animais também são, na sua grande maioria, considerados alergenos, pois libertam determinados antígenos que provocam alergias, como é o caso dos cães e dos gatos. Os insectos estão também entre os animais que podem estar na origem de alergias, tal como as baratas. A poeira das casas em que habitamos também contém uma quantidade considerável de substâncias que podem provocar

alergias. Na realidade os ácaros, que são pequenos insectos microscópicos que se encontram na poeira e que provocam várias manifestações alérgicas nos indivíduos mais sensíveis aos mesmos, são o grande problema na poeira das casas. Estes animais desenvolvem-se principalmente nos tecidos, como cobertores, tapetes, almofadas e colchões, entre outros. Os acarídeos desenvolvem-se potencialmente em ambientes mais húmidos, assim como os fungos, mas são destruídos pelo sol. O potencial alergeno destes é bastante elevado, onde por exemplo, numa criança alérgica aos ácaros, a inalação destes elementos pode provocar uma crise de asma. Também os fungos, que se encontram em todas as casas em diferentes graus, geralmente provenientes das plantas e da terra onde estas se encontram, proliferam na poeira, nos cobertores e nas almofadas. A humidade, tal como acontecia nos ácaros, tem aqui neste caso um papel decisivo e preponderante para o desenvolvimento destes elementos (Falardeau, 2000).

Embora a asma seja provocada, principalmente, por reacções alérgicas a certas substâncias que atingem de forma directa o tracto e as vias respiratórias, pode suceder que a reacção surja após a substância alergénica ter entrado no organismo através do sistema digestivo, mas este tipo de situação é muito mais rara. No caso dos alimentos e os aditivos, não é muito frequente que os alimentos provoquem crises de asma. As reacções associadas à ingestão de certos alimentos costumam surgir logo rapidamente, geralmente em menos de uma hora, depois da ingestão dos alimentos. Quando determinado elemento provoca crises de asma, tende a fazê-lo em cada ingestão, tal como frequentemente esse mesmo alimento tende a provocar reacções cutâneas, que se manifestam sob a forma de zonas vermelhas e inchadas, com características de urticária. Os alimentos identificados como estando mais frequentemente associados às reacções alérgicas e à asma são, os produtos lácteos, os ovos, o peixe e os mariscos, o chocolate, o tomate, as nozes e os amendoins. Também se tem vindo a constatar que o papel desempenhado pelos aditivos alimentares é cada vez mais importante. Aqui surgem os sulfitos, como causa da asma nas crianças. Estas substâncias são principalmente utilizadas para preservar os legumes. Também o glutamato monossódico pode provocar crises de asma nas pessoas mais sensíveis. Quanto às reacções a estas substâncias, estas são normalmente mais tardias e surgem nas horas subsequentes à ingestão dos alimentos que contêm estes aditivos (Falardeau, 2000).

Determinados medicamentos podem estar na base e desencadear reacções alérgicas. No entanto, são poucos aqueles que se consideram favorecer o desencadear de uma crise de asma. O ácido acetilsalicílico, ou a chamada aspirina, é dos

medicamentos mais implicados nas crises de asma. Sabe-se que mais de 25% das crianças asmáticas são alérgicas à aspirina, e devem evitar a toma de todos os medicamentos que a contenham na sua composição (Falardeau, 2000).

Outro factor que pode estar na base da denominada reacção exacerbada e hiperresponsiva dos brônquios são os irritantes. Opostamente ao que acontece no caso dos alergenos, os irritantes são considerados como substâncias nocivas para todos os indivíduos, e não só para as pessoas alérgicas. Estas substâncias provocam uma irritação ou uma inflamação dos brônquios em todos os indivíduos. Não obstante, a verdade é que os asmáticos são considerados como sendo muito mais sensíveis aos irritantes, reagindo de forma mais intensa e mais fortemente do que os outros e, na maior parte das vezes, a concentrações mínimas das substâncias. Dentro das substâncias irritantes podemos nomear, desde logo, o tabaco. Existe um número cada vez maior e significativo de estudos científicos que demonstram os danos que o fumo do tabaco provoca nos seres humanos. Sabe-se que as crianças são especialmente sensíveis ao fumo do tabaco, nomeadamente as asmáticas, assim como todos os produtos do próprio tabaco são prejudiciais e podem trazer consequências para estas crianças.

Também o queimar da madeira, o uso de lenha para aquecer as habitações pode ser nomeada como um dos factores irritantes. O ressurgimento desta utilização, desde há alguns anos a esta parte, fez-se acompanhar por um aumento e crescimento da frequência e da gravidade da asma invernal nos indivíduos que fazem uso deste meio de aquecimento. Isto porque a combustão da madeira provoca a libertação de gases tóxicos que surtem o mesmo efeito do que os gases que provêm do fumo do tabaco. Sabe-se que qualquer sistema de aquecimento a madeira deixa sempre passar gases irritantes e mesmo tóxicos, sendo que o pior é aquele em que a combustão da madeira nas lareiras é feita de um modo aberto para dentro da própria casa.

No caso do formaldeído (MIUF), a toxicidade desta mousse isolante de ureia de formaldeído, advém do gás que liberta, sendo muito irritante para as vias respiratórias. Existem vários materiais de construção, nomeadamente os estratificados e os painéis de aglomerados que libertam grandes quantidades de formaldeído.

Outros irritantes considerados nocivos que podem provocar ou agravar a asma são, dentro dos mais comuns, os gases libertados durante a confecção dos alimentos, nomeadamente a fritura. Também os vapores de tintas frescas, o gás que provém de diversos sprays, como lacas, desodorizantes, e até os mais diferentes perfumes, são incluídos nesta lista. Considera-se que os desinfectantes, os vapores de eucalipto, a

cânfora e outros medicamentos com odor forte e intenso também podem irritar os brônquios dos asmáticos.

Existe ainda um outro irritante muito peculiar que é o ar frio. Deste modo, sabe-se que quando a temperatura circundante exterior se encontra baixa o suficiente para que o nariz da criança não consiga aquecer o ar que inspira, então o ar frio pode irritar os brônquios do asmático, e daí provocar um broncoespasmo (Falardeau, 2000).

No caso das infecções das vias respiratórias, nomeadamente as de origem viral como é o caso das constipações e das gripes, estas são igualmente consideradas um factor importante da asma, nomeadamente nas crianças, pois ao atacar as vias respiratórias estas podem levar ao desencadeamento de crises de asma.

Seguindo a mesma ordem de factores, também o exercício físico pode desencadear ou agravar uma crise no asmático. Constatam-se que existem asmáticos, principalmente no período da adolescência, que só desencadeiam a asma associada ao esforço físico. Ainda não se conhece de forma suficientemente sustentada o(s) motivo(s) pelos quais o esforço conduz a essas crises de asma. Postulam-se pelo menos duas razões. Uma encontra-se associada ao facto de que quando uma criança faz um esforço físico, vai respirar mais depressa e mais profundamente, o que faz com que duplique ou até triplice a quantidade de ar que entra e sai dos pulmões/brônquios. Assim, aumenta também na mesma proporção a quantidade de substâncias alergénicas e de irritantes que são inaladas e que se podem infiltrar nos brônquios, o que faz com que o risco de crise aumente.

Outra razão aparece associada ao facto de, quando a criança está cansada e se encontra sem fôlego, tende a respirar pela boca. A verdade é que quando se pratica exercício físico, constata-se a necessidade de ter acesso a mais ar do que aquele que o nosso nariz consegue deixar entrar, o que tende a acontecer ainda mais frequentemente se o nariz se encontrar obstruído de forma parcial ou até mesmo total, acontecimento considerado usual nos asmáticos. No entanto, quando se respira pela boca, existe um maior risco de secar os brônquios porque o ar inalado é muito menos humidificado, o que pode tornar as secreções bronquiais mais espessas. É ainda sabido que as secreções das pessoas com asma são por norma mais espessas que as dos outros indivíduos (Falardeau, 2000).

Por último, as emoções parecem ter também um papel importante, na medida em que qualquer que seja o estado emocional de uma pessoa, este exerce influência sobre a sua saúde. No entanto, este papel das emoções na asma ainda não se encontra totalmente esclarecido. Alguns estudos científicos efectuados sobre a importância deste

assunto fazem crer que a asma é mais a causa de problemas emocionais do que propriamente a sua consequência, sendo que também sustentam que quando as emoções têm uma influência sobre a asma, esta seria algo de ligeiro.

1.5.1. A Asma e a sua relação com os Factores Psicológicos

É sabido que os ataques de asma são produzidos por um grande e variado número de estímulos, como por exemplo, uma pequena quantidade de pó, uma corrente de ar frio e por *stress* emocional (Kaptein, 2000). Na realidade, durante as primeiras décadas do século 20 a asma foi considerada como uma doença que era causada por factores psicológicos, um deles o *stress*. A nível das teorias psicodinâmicas e psicanalíticas, a asma era vista como um exemplo de uma disfunção somática que, na realidade, era a expressão de um conflito psicodinâmico inconsciente que estava subjacente. Nesta medida, a asma era somente um sintoma que simbolicamente expressava uma neurose de ansiedade. Foi, então, proposto que a continuidade do chamado *stress* funcional, que surge através do contacto diário com o meio ambiente circundante, provocava distúrbios e perturbações crónicas no sistema de órgãos do indivíduo.

Não obstante, a realidade é que a teoria e os pensamentos psicodinâmicos acerca do *stress* como a maior causa de asma, foram perdendo a sua influência neste campo de pesquisa. Mas, no campo de pesquisa clínica, muitos dos pacientes asmáticos e, particularmente, as mães de crianças com asma, continuam a expressar os seus sentimentos de incerteza e até mesmo culpa, perguntando a si mesmos se foram eles os causadores do seu problema (Kaptein, 2000).

Há algumas décadas atrás, a asma era percebida como uma doença psicossomática, muitas vezes caracterizada por dificuldades existentes na interacção entre a mãe e a criança. No entanto, com os avanços efectuados no domínio da compreensão da patofisiologia da asma, assim como os diversos estudos e documentação derivada através da ampla base de dados dos factores que já estão identificados como precipitantes deste quadro, permitiram gradualmente moderar esta visão (Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000).

É verdade que a asma tem vindo a ser apresentada como uma doença psicossomática, que representa uma área bastante privilegiada para entender a causalidade psicológica, mais especificamente a chamada origem neurótica das manifestações orgânicas (Pearlman, 1984, cit. por Barros, 2003). Mas, e de acordo com

o apresentado anteriormente, actualmente reconhece-se que não é possível encontrar e estabelecer uma relação inequívoca e que se possa generalizar, entre as variáveis psicológicas, como a ansiedade ou a sobreprotecção materna, com a ocorrência ou a gravidade da doença (Creer, 1982, cit. por Barros, 2003).

A asma, segundo a visão de determinados autores, não pode ser somente considerada como uma doença psicossomática, na medida em que não existem evidências empíricas que apenas os factores psicológicos induzem a asma (Creer, Stein, Rappaport, & Lewis, 1992). Para além disso, os pacientes com asma também não demonstram ter um elevado grau de psicopatologia.

Posto isto, assistiu-se a uma mudança na forma de olhar para a mesma, onde se passou a considerar que existe uma predisposição somática na criança que interage com um conjunto de variáveis psicológicas, e do meio físico e social, que surgem como reguladores da expressão clínica e, conseqüente morbilidade da asma. Neste ponto observa-se a aceitação da interacção complexa e multidireccional entre os domínios do biológico e do psicológico, onde emerge uma perspectiva holista (Barros, 2003).

Na realidade, as investigações na adaptação psicológica e médica das crianças e adolescentes com asma, têm vindo a progredir desde o emprego do modelo psicossomático para a mudança no sentido de um modelo transaccional ou biopsicosocial (Creer, Stein, Rappaport, & Lewis, 1992; Miller & Wood, 1991, cit. por Lemanek, 1995).

Neste modelo, pressupõe-se a existência de uma predisposição somática no interior da própria criança que interage com uma panóplia de variáveis psicológicas e sociais, que se encontram na base da regulação da expressão clínica e morbilidade da asma (Lemanek, 1995). O modelo transaccional enfatiza as influências multidireccionadas que afectam a severidade da asma e a instabilidade comportamental associada (Creer, Stein, Rappaport, & Lewis, 1992).

No entanto, a questão relacionada com o facto de as crianças com asma terem mais dificuldades quanto ao ajustamento psicológico do que as outras crianças, ainda não foi completa e definitivamente respondida. O trabalho empírico na investigação de problemas de comportamento na população de crianças asmáticas, tem-se deparado com algumas dificuldades metodológicas e tem produzido resultados um tanto ou quanto inconsistentes. A verdade é que a literatura inicial sobre o tema do ajustamento psicológico entre as crianças com asma, frequentemente se centralizava nas dificuldades emocionais e nas relações perturbadas entre os pais e a criança (French & Alexander, 1941, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000).

Talvez como forma de resposta a este tipo de dedução, surgiram duas vertentes de estudos epidemiológicos onde se investigava a prevalência de desordens psiquiátricas em crianças com asma (como por exemplo os trabalhos levados a cabo por Graham, Rutter, Yule, & Pless, 1967; McNicol, Williams, Allan, & McAndrew, 1973, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000). Ambos os estudos concluíram que tanto as desordens psiquiátricas, assim como os distúrbios comportamentais encontrados em crianças com asma, não excederam a prevalência daqueles constatados em crianças sem asma.

No entanto, esforços de pesquisa mais recentes nesta área de investigação, têm frequentemente relatado um aumento dos níveis de comportamentos problemáticos entre as crianças com asma, em comparação com crianças sem asma (como por exemplo os estudos levados a cabo por Hamlett, Pelligrini, & Katz, 1992; Kashani, König, Shepard, Wilfley, & Morris, 1998; MacLean, Perrin, Gortmaker, & Pierre, 1992, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000). Diferentes tipos de abordagens referentes à medição destes aspectos, podem contribuir para esta estimação mais variada da prevalência dos problemas psicológicos. Por exemplo, as investigações que apontam para níveis mais elevados de problemas psicológicos em crianças com asma do que em crianças saudáveis, derivam principalmente dos dados fornecidos através dos relatos dos pais (Hamlett *et al.*, 1992; MacLean *et al.*, 1992, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000). Para além disso, quando as diferenças eram encontradas, as dificuldades relatadas eram geralmente mínimas e oscilavam entre o comportamento tido como normal e a desordem comportamental diagnosticada (Kashani *et al.*, 1988, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000).

Os estudos que obtinham informações acerca do funcionamento das crianças através de outras pessoas que não os pais, eram menos consistentes relativamente aos níveis elevados de psicopatologia em crianças asmáticas. Por exemplo, em estudos levados a cabo com professores (Graham *et al.*, 1967, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000), estes não forneceram informações no sentido de verificarem elevados níveis de problemas comportamentais entre as crianças asmáticas.

Em estudos mais recentes, que incluíram entrevistas estruturadas, tanto para os pais como para as crianças, as evidências apontam para que as crianças com asma não diferem substancialmente do grupo de controlo, no que concerne ao número ou tipo de diagnóstico psiquiátrico (Kashani *et al.*, 1988, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick,

Adinoff, & Bryant, 2000). No entanto, os pais das crianças com asma evidenciaram níveis mais altos de sintomas de uma maior ansiedade em relação aos seus filhos do que os pais das crianças pertencentes ao grupo de controlo. Curiosamente, não se constatarem quaisquer diferenças entre grupos a nível dos sintomas, isto com base na entrevista às crianças (Kashani *et al.*, 1998, cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000).

Por conseguinte, as evidências de que as crianças com asma têm um acrescido número de problemas de comportamento em relação aos seus colegas, parecem derivar mais especificamente das medidas utilizadas na recolha de informações cedidas pelos pais. Os pais demonstram tendência para relatarem maiores níveis de problemas de comportamento em crianças com asma, enquanto que outras pessoas que fornecem informações acerca das crianças, como o caso dos professores, e até as próprias crianças sobre elas mesmas, raramente fornecem informações que vão no sentido dessas diferenças.

As pesquisas mais recentes, têm colocado a ênfase na necessidade de passar a utilizar diferentes e variadas pessoas na recolha de informação em qualquer tipo de avaliação relacionada com os problemas comportamentais da criança, na medida em que os pais, as crianças e ainda outros adultos, podem todos eles fornecerem perspectivas únicas acerca do funcionamento da criança (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987 cit. por Klinnert, McQuaid, McCormick, Adinoff, & Bryant, 2000; La Greca & Lemanek, 1996).

De um ponto de vista mais individual, os pacientes asmáticos relatam a existência de um grande número de estímulos psicológicos que, do seu ponto de vista, provocam ataques de asma, nomeadamente a excitação, a ansiedade, as preocupações, a tristeza, a raiva, e a frustração. No que diz respeito ao âmbito das teorias mais actuais da Psicologia da Saúde, as atribuições que os pacientes fazem acerca da sua sintomatologia e de sinais relacionados com a mesma, são considerados relevantes na medida em que eles orientam o comportamento de *coping*. No caso da asma, a realidade é que é virtualmente impossível identificar de forma objectiva que estímulos de ordem psicológica desencadeiam um ataque de asma. Não obstante, alguns estudos laboratoriais levados a cabo apresentaram algumas evidências acerca dos efeitos do *stress* (ou seja do chamado despertar emocional) no funcionamento pulmonar, na dispnoia e nos ataques de asma. Nestes estudos, os doentes asmáticos eram sujeitos a um estímulo *stressante* (por exemplo, exercícios mentais de aritmética, filmes desagradáveis sobre autópsias), e depois de tal exposição o funcionamento pulmonar

era avaliado. As pesquisas indicaram que em 40% dos pacientes asmáticos estudados, encontrou-se uma diminuição clinicamente significativa no funcionamento pulmonar, demonstrando assim que, para uma determinada proporção de pacientes asmáticos, o *stress* representa um desencadeador da sintomatologia asmática (Kaptein, 2000).

Tendo em conta estas evidências, surge uma linha de investigação recente a nível da possível associação entre o *stress* e os ataques de asma pertencente às teorias psiconeuroimunológicas. Sabe-se que o *stress* tem impacto na função imunitária do organismo. Ainda mais, a inflamação das vias aéreas é considerada como sendo um traço característico da asma. Na realidade, o *stress* pode reduzir a capacidade do organismo se proteger de agentes infecciosos, os quais por sua vez podem aumentar a susceptibilidade para a inflamação e, consequentemente, para aos ataques de asma (Kaptein, 2000).

Para além dos aspectos anteriormente mencionados, tem-se vindo a dar alguma relevância ao estudo da relação entre o *stress* causado por se sofrer asma e o subsequente resultado nos pacientes asmáticos. Neste âmbito, a investigação proposta vai no sentido de compreender como é que os factores psicológicos e comportamentais mantêm e aumentam a percepção da gravidade da doença, assim como a incapacidade de tratamento médico desta, partindo do aspecto que a sintomatologia já se desenvolveu. As evidências apontam para que determinadas respostas ao *stress*, assim como certas atitudes em relação à asma, possam ser acrescentadas à capacidade preditiva dos factores psicológicos no resultado do tratamento médico da asma em adultos e em crianças. Deste modo, e partindo de resultados recolhidos através da investigação na área, sabe-se que estas determinadas atitudes e respostas face ao *stress*, servem como preditoras de variados aspectos ligados ao resultado do tratamento médico, independentemente da gravidade médica da asma, como por exemplo, o aumento de tempo da hospitalização, a severidade da medicação, e o risco de ser novamente hospitalizado (Kaptein, 2000).

De uma forma crescente, e tomando em consideração as evidências já apresentadas, tanto pacientes asmáticos, como os médicos e os psicólogos relacionados com a área da saúde estão a colaborar no sentido de desenvolverem, redefinirem e avaliarem os cuidados integrados da asma, reconhecendo que a gestão de uma doença crónica como a asma requer a combinação de cuidados médicos mais adequados e eficientes com a participação activa dos próprios pacientes (Kaptein, 1997).

Deste modo, e de acordo com o próprio Programa Nacional de Controlo da Asma (2000), a tendência crescente de incidência e de gravidade da doença, assim

como a não optimização, por parte dos doentes e das suas famílias, dos recursos médicos, psicológicos e sociais que permitem um melhor controlo da própria doença e, de forma consequente, uma melhor qualidade de vida, poderão ser causa evitável de uma maior afluência aos serviços de urgência e de internamentos hospitalares. Dai que o investimento a ser feito no auto-controlo da asma, assim como os esforços que se vão levando a cabo e desenvolvendo a nível epidemiológico, técnico e nos próprios processos de prevenção, diagnóstico e terapêutica, demonstram-se potencialmente importantes.

1.6. Classificação das Formas Clínicas da Asma e Diagnóstico

Existem diferentes formas clínicas de asma, daí que resultem diversas classificações e categorizações. A asma caracteriza-se essencialmente por sinais ou sintomas recorrentes de tosse com predomínio nocturno, pieira, dificuldade respiratória e aperto torácico. De acordo com a frequência desta sintomatologia e a sua intensidade, nomeadamente, despertares nocturnos por sintomatologia asmática; a necessidade de recorrer à utilização de fármacos e a própria gravidade de obstrução do fluxo aéreo, pode classificar-se a asma em graus ou "degraus" de gravidade (Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000; Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

De acordo com as classificações propostas pelo Programa Nacional de Controlo da Asma (2000) quanto à gravidade da asma, assiste-se a um primeiro Degrau, denominado de "Asma intermitente", em que os sintomas surgem menos de uma vez por semana, ou o doente tende a acordar com os sintomas duas ou menos vezes por mês, apresentando-se assintomático entre os períodos com sintomas.

O Degrau 2, designado por "Asma persistente ligeira", caracteriza-se pelos sintomas surgirem uma ou mais vezes por semana, mas menos de uma vez por dia, sendo que o doente acorda com os sintomas durante a noite mais de duas vezes por mês.

O terceiro Degrau, ou "Asma persistente moderada" é caracterizada pelos sintomas serem diários. O doente tende a acordar com os sintomas durante a noite mais de uma vez por semana, e necessita de utilizar diariamente agonistas β_2 . As crises afectam a sua actividade diária habitual.

No caso do Degrau 4, na "Asma persistente grave", os sintomas são permanentes. O doente acorda frequentemente com os sintomas durante a noite, e a sua actividade diária encontra-se limitada.

É importante tomar em consideração que a simples presença de uma das características de gravidade que foram previamente mencionadas, é suficiente para poder colocar o doente num dos graus de gravidade.

Também se sabe que os doentes podem sofrer crises graves, independentemente do nível de gravidade da asma, como por exemplo na asma intermitente. Sabe-se que com o decorrer do tempo um mesmo doente pode variar de grau de gravidade, e nesses casos o tratamento deve ser adequado em função da nova situação sintomatológica.

Deste modo, a classificação de gravidade das crises de asma, pode ser colocada da seguinte maneira, tomando em consideração a apresentação de determinados sinais e sintomas:

- Crise ligeira: apresenta dispneia à marcha; tolera a posição de decúbito; apresenta um discurso quase normal; está consciente; apresenta-se habitualmente calmo, podendo mostrar alguma ansiedade; não apresenta habitualmente tiragem respiratória; a frequência respiratória está habitualmente normal, podendo estar ligeiramente elevada; a frequência cardíaca está geralmente abaixo dos 100/minuto; apresenta sibilos moderados; não apresenta pulso paradoxal.
- Crise Moderada: apresenta dispneia a falar; adopta a posição de sentado; fala com frases curtas; está consciente mas ansioso; apresenta tiragem respiratória; a frequência respiratória encontra-se elevada; a frequência cardíaca encontra-se entre 100 e 120/minuto; apresenta sibilos evidentes; pode apresentar pulso paradoxal.
- Crise Grave: apresenta dispneia em repouso; encontra-se inclinado para a frente; fala apenas através de palavras; encontra-se ansioso ou até agitado; apresenta tiragem respiratória; a frequência respiratória é superior a 30/minuto; a frequência cardíaca é superior a 120/minuto; apresenta sibilos muito evidentes; apresenta geralmente pulso paradoxal.
- Crise com Paragem Respiratória Iminente: apresenta-se sonolento ou em estado de confusão; apresenta bradicardia; apresenta silêncio respiratório; não apresenta pulso paradoxal.

Tomando em consideração as variadas formas de apresentação da doença, isto contribuiu, como anteriormente foi mencionado, para classificá-la em categorias, como a gravidade, mas também se encontra uma outra categorização baseada na presumível patogénese da asma. Assim, encontra-se a classificação de asma extrínseca ou asma

intrínseca, de acordo com as diferenças aparentes no papel que a alergia tem nos doentes asmáticos (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

A asma extrínseca, ou atópica, caracteriza-se por ocorrer em indivíduos que, de forma geral, têm história familiar da doença, muitas das vezes associada a eczema /ou rinite alérgica. Quanto às crises, estas são desencadeadas por alergenios ambientais, e os testes de hipersensibilidade mediada por IgE evidenciam resultados positivos. Nestes casos, a dessensibilização pode, de forma ocasional, ser bem sucedida. No caso da asma brônquica intrínseca, ou não atópica, esta apresenta uma etiologia mais complexa, parecendo não existir relação com os alergenios ou IgE. Neste quadro, é muito menos comum a ocorrência de eczema ou rinite (Vianna, 1998).

No entanto, esta distinção proposta tem vindo a sofrer alterações durante os tempos que correm, principalmente devido a estudos e investigações mais recentes que demonstraram uma elevação de IgE sérica em asmáticos com asma intrínseca, e outros aspectos patológicos encontrados em biopsias brônquicas que não aparentam diferir em doentes com a denominada asma intrínseca ou extrínseca (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

A asma sazonal, é igualmente uma variante bem aceite da denominada asma extrínseca. Neste caso, os doentes apresentam sintomas somente em determinadas estações do ano, em que se encontram expostos e mais vulneráveis a elevados níveis de um tipo de alergenio em particular (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

Os agentes ou as situações que podem estar na base do desencadeamento da broncoconstrição servem de base para outro tipo de classificação. Aqui enquadra-se a chamada asma de exercício, que deve ser denominada como broncoespasmo induzido pelo exercício, para uma designação mais correcta, isto porque provoca o estreitamento das vias aéreas, na maioria das pessoas com asma. Este tipo de asma classificada como sendo induzida pelo exercício, é considerada como um reflexo da hiper-reactividade brônquica não específica da asma, isto tomando em consideração o mecanismo de obstrução brônquica, o qual ainda não está perfeitamente reconhecido. Como anteriormente referido, julga-se que o estímulo inicial seja a perda de água por evaporação, e também, possivelmente a perda de calor da mucosa brônquica causada pela inalação pelo nariz, de elevados níveis de ventilação de ar não condicionado. Este mecanismo parece estar na base da estimulação da activação dos mastócitos ou terminações nervosas aferentes, que levam à produção de mediadores, e causam a contracção do músculo liso brônquico e a vasodilatação da vasculatura brônquica.

Assim, quer-se crer que este tipo de asma induzida pelo exercício é mais um reflexo da hiper-reactividade brônquica. (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

A asma noturna, também reconhecida como a asma que causa despertares durante o período de sono, é bastante comum, daí que deve ser olhada e encarada como uma expressão da própria asma. As investigações dentro desta área têm vindo a constatar que o despertar noturno pela asma pode ser uma evidência para o risco da doença, e até um dos marcadores para designar a sua gravidade (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

A asma induzida por fármacos, é também uma outra forma particular da asma se manifestar. Dentro dos fármacos mais frequentemente responsáveis por indução deste tipo de quadro, encontra-se a aspirina e outros anti-inflamatórios não esteróides, assim como medicamentos betabloqueantes e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

Quanto ao diagnóstico da asma brônquica, sabendo-se que esta é uma entidade nosológica, o seu diagnóstico é clínico. Os exames complementares utilizados têm como intuito uma melhor caracterização da etiopatogenia da doença, contribuindo desta forma para um diagnóstico diferencial mais correcto e uma avaliação mais adequada do grau de gravidade e as suas complicações, isto com o intuito de se estabelecer a terapêutica mais indicada para o caso.

Sendo assim, o diagnóstico de asma fundamenta-se em diversos aspectos, nomeadamente na história clínica do paciente, onde se inclui a presença de sintomas e suas características, relacionados com exposições a factores de agressão. Na história clínica do paciente há que ter em consideração a caracterização dos sintomas respiratórios; os antecedentes respiratórios; a relação dos sintomas com a exposição a poeiras do ambiente doméstico, laboral e do exterior, e com alimentos; a relação da asma com queixas de rinite, conjuntivite, ou urticária; a variação sazonal dos sintomas, e antecedentes pessoais e familiares. Outros aspectos a tomar em consideração são: o exame objectivo de sinais de obstrução brônquica, embora um exame normal não exclua o diagnóstico de asma; a avaliação funcional respiratória, implicando a comprovação de obstrução brônquica e sua reversibilidade, a comprovação da presença de hiper-reactividade brônquica e a comprovação de limitação variável do fluxo aéreo; a avaliação de atopia, assim como a exclusão de situações que se podem confundir com asma (Vianna, 1998; Programa Nacional de Controlo da Asma, 2000; Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

Na situação da asma é bastante importante excluir alguns diagnósticos alternativos, que se podem confundir com o quadro, assim como identificar os factores precipitantes da sintomatologia (Ávila, Mendes, Arrobas, Bugalho de Almeida, & Lucas, 2003).

Alguns dos exames complementares de diagnóstico a utilizar no caso da asma são, a radiografia torácica, o estudo funcional respiratório, incluindo provas funcionais respiratórias, e exames laboratoriais, que pressupõem um hemograma e a análise da IgE total, e testes cutâneos de alergia.

1.6.1. A Asma e a idade da Criança

De acordo com a idade da criança, assim o quadro de asma brônquica vai-se manifestando de forma diferente. No mesmo sentido, a idade de início da doença tem influências no modo como esta vai ser aceite. Não obstante, é necessário tomar em consideração que o processo de adaptação à doença constitui-se enquanto um processo contínuo e dinâmico, onde a criança se vai deparando e passando por sucessivas e diferentes fases de mudança, em que as suas capacidades de identificar problemas e de os confrontar também se vai alterando. Dai que, o facto da criança ter tido uma boa adaptação inicial ao quadro de doença, não quer dizer que não apareçam outros problemas e dificuldades de adaptação noutras alturas da vida, na medida em que o próprio crescimento e o desenvolvimento da criança vêm por si só apresentar-lhe e colocar-lhe novos desafios (Barros, 2003)

No caso do lactente, sabe-se que a asma pode aparecer antes de um ano de idade. De acordo com alguns indicadores, os especialistas na área afirmam que mais de 30% das crianças asmáticas têm a sua primeira crise antes de completarem um ano, e cerca de 50% antes dos dois anos de idade. No caso da criança ter mais de seis meses e apresentar dificuldades respiratórias em conjunto com uma respiração sibilante, e principalmente quando já existe história de asma na família, ou se aquele não é o primeiro episódio que ocorre, existe quase de certeza a instalação de um quadro de asma brônquica. Considera-se que seja possível que a doença esteja presente antes dos seis meses de idade (Falardeau, 2000).

Quando se fala nos primeiros meses de vida, nomeadamente desde o nascimento até aos seis meses, costuma-se designar o quadro de problemática respiratória como bronquiolite provável. A bronquiolite pode ser definida como uma infecção aguda viral, responsável por uma obstrução dos bronquíolos, que se traduz por sibilos ou dispneia

sibilante na criança com menos de 2 anos. Quanto à sua etiologia e fisiopatologia, a infecção é quase sempre devida a um vírus respiratório sincicial (VRS), nomeadamente nas epidemias no Outono e Inverno, havendo o risco de infecções nosocomiais (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001). Esta infecção dos pequenos brônquios devido ao VRS aparece principalmente no Inverno, sobretudo entre os meses de Novembro e Abril. A partir dos sinais, como indicadores da doença que se podem constatar ou medir, e dos sintomas (indicadores da doença que se sentem mas não são visíveis sobre o nosso corpo), é difícil distinguir a bronquiolite da asma, principalmente distinguir de uma crise de asma que tenha sido provocada por uma infecção respiratória (Falardeau, 2000).

De início, geralmente o bebé apresenta sintomas considerados não específicos, como por exemplo, um pouco de febre e um pequeno descarregamento nasal. No entanto, depois costuma aparecer a dificuldade respiratória que, tal como acontece no caso da asma, é uma dificuldade expiratória que se faz acompanhar por um silvo. O que permite confirmar o diagnóstico de bronquiolite é a idade e a presença de VRS nas secreções que produz. Assim, e por convenção, tende-se a afirmar que a existência da presença de dificuldades respiratórias com silvo numa criança com idade inferior a seis meses, é uma bronquiolite. Não obstante, sabe-se que um certo número dessas bronquiolites corresponde, na realidade, a uma primeira crise de asma. Por exemplo, no caso de dúvida se a bronquiolite aparece no Verão, ou se existe historial clínico de asma na família, há grandes probabilidades de tal ser uma crise de asma. No caso de se tratar de uma segunda bronquiolite, aí pode-se afirmar, com um grau superior, que deve ser quase de certeza asma (Falardeau, 2000).

Entre os seis meses e os doze meses de idade, fala-se em asma possível ou provável, existindo vários critérios que permitem estabelecer o diagnóstico de asma, como sendo muito provável nas crianças destas idades. Esses critérios são: a resposta a um broncodilatador quando já se verificou uma crise anterior; a presença de silvo expiratório durante o decorrer do Verão; a presença de asma na família mais próxima, sendo que alguns autores falam também na presença de eczema; e uma crise que permaneça e dure há bastante tempo (Falardeau, 2000).

Juntamente com estes aspectos mais fisiológicos relacionados com o aparecimento da doença de acordo com as diferentes etapas de desenvolvimento, estão implicados os aspectos psicológicos inerentes à capacidade de adaptação da criança à doença crónica, sendo de extrema relevância contemplar a idade e o nível de desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo em que ela se encontra. Isto porque o

desenvolvimento está na base da determinação de quais são as tarefas existenciais mais importantes daquela etapa, e a forma como o afastamento, o impedimento ou até a modificação de algumas dessas tarefas, vai adquirir uma maior ou menor centralidade para a vida da criança. No entanto, é com o desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo da criança que se vai determinar a forma como ela é capaz de proceder à interpretação, compreensão e à construção de significações acerca da doença, assim como do tratamento implicado, dentro do contexto da sua vida (Barros, 2003).

No caso da criança em idade pré-escolar, na medida em que depois de um ano de idade a bronquiolite se vai tornando menos provável, não se assiste tanto a discussões e controvérsias à volta do diagnóstico de asma. Nas idades entre um a cinco anos, constata-se principalmente o tipo de asma infecciosa, ou seja, aquele tipo de asma que aparece relacionada e associada às infecções respiratórias por causa de vírus que atacam as vias respiratórias (querendo isto dizer, o nariz; os seios nasais; os ouvidos; a garganta; a traqueia, e os brônquios). Nestas faixas etárias as substâncias irritantes têm um papel importante quanto à frequência e, principalmente, à gravidade dos sintomas apresentados pela criança (Falardeau, 2000).

Na criança que está em idade pré-escolar, a capacidade de adaptação ao quadro de doença crónica encontra-se muito dependente do seu sentido de aceitação social, do valor pessoal que tem já construído e do seu nível de energia (Harter, 1987). A partir destas idades, principalmente quando se começa a participar e a fazer parte mais integrada do grupo de pares, ou se tem irmãos com idades próximas, naturalmente que a criança pode sentir tristeza por não poder fazer, por exemplo, as mesmas actividades que os outros fazem, devido a limitações decorrentes da situação de doença, mas isso não tem que implicar que a criança faça directamente uma avaliação de si mesma como sendo inferior ou muito diferente dos outros (Harter, 1983).

Se a criança poder distrair-se com outras coisas, poder encontrar a compensação através de outros privilégios, e principalmente, se tiver uma rotina diária bem estabelecida e organizada de forma a minimizar estas perdas, e que as mesmas não ganhem grande relevo, assim como a sensação de firmeza mais segura vinda dos pais que conseguem e sabem como empatizar com o sofrimento da criança (o que não significa dramatizar essas diferenças), são condições suficientes para que ela possa viver estas perdas, com as quais se vai deparando, sem um grande sofrimento. Dai que o apoio recebido a nível parental, e de outros adultos mais próximos, assim como a capacidade destes mesmos adultos conseguirem encontrar alternativas de modo a que as tarefas primordiais do desenvolvimento se possam processar, evidentemente com

algumas adaptações, e que possam estruturar experiências que permitam o êxito e o prazer da criança, vai permitir que esta mantenha um nível de actividade e de bem-estar físico considerado razoável, o que contribui para que esta se mantenha animada, alegre e satisfeita (Harter, 1987).

Na criança entre os cinco e os dez anos, que já se encontra em idade escolar, o quadro de asma apresenta-se de forma mais completa, na medida que as infecções e os irritantes continuam a desempenhar um papel relevante, mas a presença de alergias torna-se cada vez mais significativo em termos de importância. O facto das crianças destas idades manifestarem problemas associados à asma não significa que apresentem mais sintomatologia do que as mais jovens. Curiosamente acontece que, grande parte das vezes, as crianças consideradas como grandes asmáticas entre os dois e três anos de idade, encontram-se muito menos doentes na idade escolar (Falardeau, 2000).

É a partir da idade escolar, nomeadamente com o início da etapa de desenvolvimento coincidente com as operações concretas, que o sentido de justiça e de igualdade vai adquirir uma grande importância, fundamentando-se principalmente na leitura mais concreta e positivista da realidade circundante. Assim, a emergência da capacidade da criança tomar a perspectiva dos outros, e a capacidade de imaginar como os outros vêem o próprio, leva a criança para o plano da avaliação de si mesma como tendo alguns aspectos diferentes, podendo eventualmente decorrer daí sentimentos relacionados com a limitação ou inferiorização. Neste período de desenvolvimento as significações acerca da doença e do papel de doente começam então a consolidar-se. Decorre deste movimento de desenvolvimento que a criança possa sentir vergonha, possa ter medo de se sentir mal face aos outros, se por exemplo tiver uma crise de asma, principalmente porque estas crises se encontram associadas à perda de controlo e ao estado de ficar mais vulnerável (Harter, 1983, 1987).

Ao mesmo tempo, pode surgir o sentimento marcado de injustiça, relacionado com o facto de sentir que não pode usufruir das mesmas oportunidades em relação à actividade física que os outros desempenham. Nesta altura a criança também pode começar a perceber e sentir de outra maneira que a sobreprotecção materna é um peso, e serve como um impedimento ao processo de integração e à total participação no grupo de pares. A sobreprotecção materna a que a criança é submetida pode igualmente começar a ser interiorizada, de forma a que a criança passe a acreditar que realmente é diferente e que possui mais limitações do que as outras crianças ao seu redor. Curiosamente, é também no decorrer desta fase de desenvolvimento que a criança vai começar a aprender a tirar algumas vantagens do facto de ter uma doença crónica, pois

pode procurar mais activamente a atenção dos outros devido a estar numa situação especial, assim como pode aprender a utilizar os privilégios mais especiais associados ao facto de ter uma doença com características crónicas (Barros, 2003).

Pode considerar-se que, de um modo geral, se o facto de ter uma doença não for impeditivo da criança fazer a sua vida natural, nomeadamente participar nas actividades propostas em contexto escolar e de jogo, assim como se a família e a escola demonstrarem ter capacidades de integrar a vigilância do quadro sintomatológico e a prestação dos cuidados necessários, sem que isso seja representativo de grandes ansiedades ou dramatizações em excesso, daí decorre que a criança seja capaz de fazer o seu processo de adaptação de uma forma bem sucedida. É normal que a criança com uma doença crónica possa vivenciar momentos e situações difíceis, a partir da altura em que já possui uma maior compreensão acerca do mundo que a rodeia e dos outros, e que esta já não se encontra totalmente sob o controlo dos adultos, daí que a própria criança comece a deparar-se com as limitações decorrentes da doença e a constatar que se encontra impedida de fazer determinadas actividades concretas (Barros, 2003).

A idade da latência ainda aparece marcada pela dependência da criança do modo como a família se mostra capaz de se adaptar à doença, como é que esta consegue equilibrar os cuidados necessários e providenciar o apoio social que a criança precisa com os interesses e as necessidades dos outros membros da família, de maneira a que a criança doente não fique detentora de todas as atenções, o que pode contribuir para que a doença seja o cerne da família e o que mantém a família agregada. Embora nesta fase a ligação e dependência da família seja marcada, a escola e o grupo de pares começam a ter uma importância relevante e insubstituível, principalmente pelo aspecto da vertente que permite uma integração social que se torna possível e real através da concretização de um conjunto vasto de actividades relacionadas com o trabalho escolar e com o lazer, típicas dessas idades. Para além disso, este espaço instrumental permite que a criança faça uma leitura da realidade muito mais concreta da maneira como os outros a vêem e de como a valorizam (Barros, 2003).

Quanto à época da puberdade, também designada como pré-adolescência, muitas das crianças asmáticas, nomeadamente as que também são alérgicas, irão encontrar-se mais doentes durante a pré-adolescência ou no início do período de adolescência. Sendo assim, durante esta época de desenvolvimento não se deve de modo algum descurar a vigilância e, em alguns casos, a continuidade da terapêutica, independentemente do facto de anteriormente já se ter conseguido controlar a doença

com poucos ou nenhuns medicamentos, com base numa vigilância e cuidados mais circunscritos no que concerne ao ambiente (Falardeau, 2000).

Sabe-se que a puberdade corresponde a uma etapa de desenvolvimento caracterizada por grandes mudanças. As transformações a que se assiste não se restringem simplesmente ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários e à fertilidade, com todas as mudanças hormonais implicadas. De um modo geral, a puberdade tem grande influência numa série de doenças, nomeadamente na asma. Durante uma série de tempo, persistiu a ideia que a grande maioria dos asmáticos (mais de 90%), aquando a altura da adolescência iriam ver os seus sintomas desaparecer por completo. No entanto, os dados referentes à actualidade vão num outro sentido. A realidade aponta para o facto de 10% das crianças continuarem a ser asmáticas, vendo a sua asma persistir na idade adulta sem alterações do quadro sintomatológico. Cerca de 40% dos outros adolescentes irão continuar a sofrer de asma, sendo que a sintomatologia tende a ficar mais atenuada e a doença terá um grau menor quanto à sua gravidade e severidade. Nestas situações, há a possibilidade da doença continuar a persistir quando a criança for adulta ou então, que desapareça. Estes acontecimentos dependem de vários factores envolvidos, nomeadamente destaca-se aqui a importância do ambiente. Não obstante, os dados também demonstram que cerca de 50% das crianças, ao chegarem ao fim da sua adolescência, vão ficar totalmente libertadas da asma. De acordo com o sexo, sabe-se que nas raparigas a ausência de quadro sintomatológico tende a revelar-se durante os dois anos que se seguem à altura da menarca. Nos rapazes, embora seja mais complicado apontar para uma altura precisa, isso geralmente sucede quando estão a terminar a fase da puberdade (Falardeau, 2000).

A época da adolescência corresponde a um período em que surgem novos asmáticos. Na maioria das vezes, são jovens que apresentam um quadro de asma de esforço, e esta é uma das formas da doença com que se tem maior facilidade em lidar e tratar. É também neste período da adolescência que se assiste à transformação da incidência da asma sobre o género, pois no caso das crianças jovens assiste-se a uma proporção de 1,5 a 2 rapazes asmáticos por cada rapariga, no caso dos adultos verifica-se exactamente o inverso em termos de incidência da asma (Falardeau, 2000).

De um ponto de vista psicológico, é reconhecido que, de um modo geral, se a doença crónica tem o seu aparecimento numa idade mais tardia, nomeadamente na altura da adolescência, terá potencial para se vir a tornar mais problemática. Já no caso da doença crónica que acompanha a vida da criança desde os primeiros tempos de desenvolvimento, tende de uma outra forma a ser integrada pela própria criança como

sendo uma característica que faz parte de si, mais intrínseca e, consequentemente, mais natural. O decorrer deste processo de aceitação mais fácil da condição de doença crónica, a qual não é identificada pela criança como algo de extrema raridade ou anormalidade, está directamente relacionado com o seu funcionamento cognitivo. Mas isto não implica que, com o desenvolvimento e com a entrada no período da adolescência, mesmo tendo tido um início bastante precoce, não se assista a uma maior problematização e até a agudização dos problemas (Barros, 2003).

O adolescente está em plena fase de maior vulnerabilidade, onde o facto de se sentir diferente do grupo de identificação é vivenciado de forma bastante mais problemática, não nos esquecendo que nesta fase decorre também o processo de conquista da autonomização progressiva em relação aos adultos que o rodeiam. É evidente que o apoio da rede social fornecida pelos pais continua a ter uma grande importância, só que o apoio dos pares, nomeadamente o dos colegas em redor e o dos amigos mais próximos, vai ter uma relevância bem grande para o sentido da auto-estima (Harter, 1990). Isto implica que o despertar de uma doença que justifique a necessidade de se modificar hábitos, gostos, estilos de vida até aí adoptados, e por vezes ter de desistir de alguns aspectos que garantiam a autonomia comportamental anteriormente adquirida, ou que se encontrava prestes a ser alcançada, pode representar uma situação bastante problemática, que precisa de ser trabalhada e orientada em conjunto com o adolescente, de acordo com o seu contexto de vida.

1.7. Objectivos da Intervenção Clínica na Asma

Sabendo que a asma brônquica é uma afecção das vias aéreas, quanto ao seu controlo, este pretende essencialmente, prevenir a sintomatologia diurna e nocturna, assim como contornar e evitar as exacerbações, de modo a possibilitar aos doentes asmáticos uma vida activa normal. Assim sendo, os objectivos do tratamento do paciente asmático deverão prender-se com: a ausência de sintomatologia, ou a existência de sintomas mínimos, inclusivamente os sintomas nocturnos; a ausência de exacerbações, e se existirem que se possam caracterizar como raras e ligeiras; uma necessidade mínima quanto ao uso de medicação de alívio; a possibilidade do doente poder ter uma vida física activa, incluindo o exercício, sem restrições e limitações; a possibilidade do doente ter uma função respiratória normal, ou pelo menos, tão próximo do normal quanto seja possível; a prevenção do desenvolvimento da limitação irreversível do fluxo aéreo, e por fim a ausência ou a existência mínima de efeitos

adversos da medicação utilizada (Bugalho de Almeida, Cristóvão, Ricomá, Furtado, & Monteiro, 2001).

De modo a que os objectivos anteriormente referidos possam ser atingidos, torna-se necessário a implementação de estratégias no que diz respeito às recomendações para o tratamento da asma. Estas fundamentam-se em quatro grandes componentes, tais como a utilização de medidas objectivas da função pulmonar de modo a se proceder à avaliação da gravidade da asma e monitorizar o curso da terapia implementada; o controlo ambiental, de forma a evitar ou eliminar factores que se conhecem como precipitantes de sintomas ou de crises; a implementação de uma terapia farmacológica a longo prazo, como objectivo de tratar e prevenir a inflamação das vias aéreas e, do mesmo modo, das eventuais exacerbações; e por fim, a educação do paciente, criando uma parceria entre o paciente, a família e o clínico (Vianna, 1998; Bugalho de Almeida, Cristóvão, Ricomá, Furtado, & Monteiro, 2001).

A asma pode ser controlada de forma que os doentes com este diagnóstico possam prevenir a sua sintomatologia, nomeadamente os sintomas incómodos durante o dia e a noite, podendo também evitar crises graves; necessitar de pouca ou nenhuma medicação de alívio; ter uma vida produtiva e activa a nível físico, assim como ter uma função respiratória normal, ou próxima do normal (Manual de Boas Práticas na Asma, 2000).

Quanto ao tratamento da asma, este deve ser instituído o mais precocemente possível, de modo a que possa permitir que a criança tenha uma vida normal. Com a instituição precoce do tratamento, contribui-se para o impedimento da instalação de sequelas que possam vir a limitar a criança no futuro. Sabe-se que não existe uma cura para a asma, tendo em conta o seu carácter de doença crónica, daí que o objectivo do tratamento seja manter o doente assintomático, de modo a permitir que este tenha uma vida normal. Para isso, é fundamental que o doente asmático compreenda a sua doença, o seu carácter crónico, assim como a necessidade de fazer uma medicação continuada e regular. É através da educação do doente asmático e dos seus familiares que passa o sucesso da prevenção na criança asmática, assim como pelo estabelecimento de um plano de acção terapêutica adequada e uma relação de intimidade com os médicos e respectivos membros da equipa técnica de saúde.

Assim, é com a utilização correcta e adequada da medicação, com o evitamento dos factores desencadeantes já conhecidos, através do reconhecimento correcto dos primeiros sintomas de crise, e com a intervenção atempada em termos clínicos que, todos estes aspectos tomados na devida consideração, podem evitar o desencadear de

sintomas ou o seu agravamento (Rosado Pinto, 1997, cit. por Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000).

Efectivamente, vários são os autores que apontam como aspecto fundamental no tratamento do asmático, o processo de esclarecimento sobre a doença e o seu tratamento. Isto porque numa doença como o caso da asma, em que o tratamento implica e requer que sejam estabelecidas mudanças comportamentais, o processo de esclarecimento ao paciente asmático sobre a importância da sua implicação e participação no tratamento é fulcral (Campos, 2003).

Existem muitos obstáculos para que tal seja bem sucedido, nomeadamente o preço elevado da medicação, a necessidade de fazer uso da medicação por períodos de tempo longos, e por vezes indeterminados, a própria aversão aos medicamentos que muitas pessoas têm, assim como o medo dos efeitos indesejáveis envolvidos na toma da medicação. Estas são algumas das razões apontadas para que o seguimento da terapêutica e da prescrição médica não seja a mais adequada. De forma a contornar e superar esta problemática, é extremamente importante que o asmático seja esclarecido acerca de quais os mecanismos que se encontram envolvidos na sua doença, e complementarmente, no seu tratamento. Daí que o processo educacional do paciente deva ser constante e permanente, devendo acontecer sempre em todas as ocasiões que implicam uma visita ao técnico de saúde. Este esclarecimento deve ser caracterizar-se por ser claro, simples e objectivo, de modo a que seja capaz de promover e manter as alterações comportamentais consideradas necessárias (Campos, 2003).

De uma forma maioritariamente reconhecida, o médico é considerado como aquele que melhor transmite notícias relacionadas com a área da saúde. Na medida em que ele é que é o profissional de saúde mais respeitado e acreditado, pelas suas habilitações técnicas, e se o aconselhamento fornecido ao paciente decorrer num momento em que a pessoa se encontre mais fragilizada por condições associadas à sua doença, as probabilidades desta seguir as orientações médicas aumentam. Daí que todos os momentos sejam considerados importantes para o estabelecimento de uma relação médico-paciente, e a forma clara, objectiva e simples dessas acções educativas são consideradas fundamentais para a prevenção e implementação de condutas comportamentais mais adequadas (Campos, 2003).

Na intervenção da doença crónica, como é o caso da asma brônquica, a multidisciplinaridade da equipa de saúde, onde vários técnicos devem procurar trabalhar em conjunto e de forma organizada, é um aspecto fundamental no sentido da rentabilização de esforços de intervenção direccionada para a doença e para a

intervenção relativa ao apoio à criança e à sua família perante a situação de doença. O espírito de equipa, onde médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde intervêm na situação, ocupa um lugar de suma importância na intervenção bem sucedida relativamente a tipo de situação.

CAPÍTULO III

ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO SOCIOAFECTIVO DA CRIANÇA NA IDADE DA LATÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

As crianças com asma brônquica na amostra utilizada nesta investigação, têm idades entre os 8 anos e os 11 anos de idade. Este intervalo de idades abarca uma parte do desenvolvimento infantil que se pode inserir, de um ponto de vista socioafectivo, no período de latência. O presente capítulo aborda as características deste período.

Não obstante, é necessário reconhecer que este período se insere num processo contínuo de desenvolvimento, através do qual o psiquismo vai organizar-se, estruturar-se e desenvolver-se tendo como base uma dialéctica relacional importantíssima, sustentada a partir da inter-relação entre o ser e o mundo, a natureza e a cultura, o indivíduo e o ambiente (Winnicott, 1951/1988).

Abordarei, de uma forma sumária, as etapas de desenvolvimento anteriores ao período de latência, de forma a poder caracterizá-lo de forma integrada. A primeira fase corresponde à simbiose mãe-bebé, pois o bebé quando nasce precisa não só de ser alimentado, mas necessita fundamentalmente de um envolvimento afectivo sustentado e adequado. É nesta relação precoce que se estabelece entre a mãe e o bebé, e em que o recém-nascido ainda não possui uma consciência de si próprio enquanto ser individual e individuado, separado do outro ser, que se encontra a base da vida mental.

Durante o desenvolvimento desta fase de simbiose, o corpo do recém-nascido e o corpo da sua mãe constituem um todo, onde a mãe vai funcionando como elemento integrante e integrador de experiências. Esta integração permite dar lugar à descoberta de que o outro existe, e assim começa a fase da separação e individuação. Há toda uma etapa de diferenciação, onde o bebé vai começar a poder perceber a mãe como alguém diferente de si, um ser individual. Este processo pode caracterizar-se pela diferenciação e autonomização da criança relativamente à sua mãe. A individuação supõe a evolução da autonomia psíquica, da própria percepção, da memória, das capacidades cognitivas e da própria capacidade para avaliar a realidade (Mahler, 1979/1982).

Mais tarde, entre os três e os cinco/seis anos de idade, o sentido do eu, também denominado por auto-conceito vai desenvolvendo-se de forma cada vez mais consistente, tornando-se mais complexo. A aquisição da identidade de género, ou seja, a consciência que a criança atinge de que pertence ao sexo masculino ou feminino, é um dos aspectos mais importantes no desenvolvimento do auto-conceito que decorre nesta altura do período pré-escolar.

1.1. A Latência: Período do Eu em desenvolvimento

O termo Latência surge na obra de Freud nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), para designar o período de desenvolvimento psicosssexual que surge com a resolução do complexo de Édipo. Este termo originalmente atribuído a William Fliess, é retomado por Freud para nomear um determinado período de desenvolvimento e suas características associadas (Ferreira, 1993/2002; Sá, 2003).

O período da Latência pode ser apresentado como uma etapa de desenvolvimento que separa o período dominado pela escolha do objecto sexual infantil (que decorre desde a nascença até aos 5-6 anos de idade) e a puberdade (a partir dos 11 anos de idade), fase esta que já se encontra marcada pela segunda escolha de objecto, caracterizando deste modo o início da sexualidade adulta (Sá, 2003).

De acordo com um ponto de vista psicodinâmico, este período que se estende desde o denominado declínio da sexualidade infantil até ao início da puberdade, marca um intervalo na evolução da sexualidade. Assim, nesta fase assiste-se a uma modificação estrutural das pulsões sexuais que permitem à criança desligar-se dos conflitos sexuais do período anterior - surgindo os sentimentos de ternura e respeito para com as imagos parentais, e um movimento de dessexualização dos pensamentos e comportamentos, decorrente do trabalho de recalcamento, que permite as sublimações. Verifica-se uma predominância da ternura sobre os desejos sexuais, e o aparecimento de sentimentos relacionados com o pudor ou a repugnância e de aspirações morais e estéticas. O período de latência tem a sua origem no declínio do complexo de Édipo, e encontra correspondência numa intensificação do recalcamento, assistindo-se a uma transformação dos investimentos de objectos em identificações com os pais e a um desenvolvimento das sublimações (Laplanche e Pontalis, 1990).

Freud faz referência à necessidade da latência sexual, tendo como base a renúncia edipiana, assim como também a inexistência de funções geradoras ou generativas, tomando em consideração que estas só se tornam possíveis a partir da puberdade. Deste modo, a vida sexual só poderia existir a um nível parcial, o que poderia estar na base de sentimentos de desprazer que desencadeiam defesas reactivas (Ferreira, 1993/2002).

Sendo assim, é a partir da renúncia edipiana e também da dessexualização da vida psíquica que vai ser permitido à criança poder dar início ao período de latência, que perdura até que se assista à entrada na puberdade e na adolescência. Naturalmente que esta é também uma fase de evolução, substancialmente caracterizada por múltiplos

e diversos aspectos do crescimento, nomeadamente o cognitivo. Este período é marcado pelo desejo de crescer, e o prazer de aprender marca de forma bastante significativa esta fase de desenvolvimento (Strecht, 2002).

Assiste-se, neste período de latência a uma deslocação da curiosidade dos alvos iniciais mais ligados e dependentes da sexualidade infantil, nomeadamente a origem de si próprio, entre outros aspectos, para a descoberta de novos mundos, de outras relações e de outros valores, além daquelas personagens que habitam o espaço da casa e da família. Constata-se um alargamento dos horizontes, dos limites do próprio mundo e do interesse genuíno em conhecê-lo, assim como a busca de novas experiências de amar outros seres, outros indivíduos, de um modo diferente, onde se passa da denominada sensualidade infantil, a qual se situa a um nível mais edipiano, para a expressão de sentimentos de ternura, como forma de afectos (Ferreira, 1993/2002).

De um modo mais geral, pode dizer-se que latência tem o significado de esforço de consolidação do eu infantil, o que quer dizer a luta pela maturidade, pelo atingir da coerência e da coesão do mundo interno. Aos seis anos de idade, espera-se que a criança já tenha encontrado uma determinada maturação do eu, uma coerência quanto ao seu funcionamento, tal como um sentimento de bem estar consigo própria e com os outros, de onde possa retirar prazer, a partir da relação com as crianças e adultos em seu redor, num ambiente de casa e de escola. Se assim for, pode dizer-se que se evidencia o início de uma boa latência (Ferreira, 1993/2002).

Nas crianças que têm um desenvolvimento dito normal, o início e a entrada no período de latência geralmente coincide com integração na vida escolar, num meio bastante estruturante a partir do qual a criança pode ir procurar e buscar apoio, de modo a encontrar satisfação para a sua curiosidade pelo conhecimento, considerado como praticamente algo inesgotável. Esta é das fases mais férteis e prósperas neste aspecto do conhecimento, daí que se considera que a qualidade destas primeiras experiências escolares são muito representativas, principalmente não apenas por aquilo que directamente permitem à criança no momento presente, mas também pelo que permitem face à possibilidade de construção no futuro (Strecht, 2002).

Uma das abordagens consideradas como clássicas, é a que divide o período de latência em duas fases diferenciadas, a primeira entre os 5-6 anos até aos 8-9 anos, e a segunda entre os 8-9 anos e os 10-11 anos (Bornstein, 1951, cit. por Sá, 2003). Ferreira (1993/2002) subdivide igualmente o período da latência em duas sub-fases, sendo que situa a primeira entre os 6 e os 8 anos e a seguinte, denominada de latência tardia, entre os 9 e os 11/12 anos.

Como anteriormente foi referido, o desenvolvimento cognitivo que vai ocorrendo durante esta fase, permite à criança a formulação de um conceito mais realístico e também mais complexo sobre ela própria e do valor pessoal que possui. Deste modo, por volta dos sete ou oito anos, a criança já inclui no seu auto-conceito diversos aspectos e dimensões do seu *self* (Harter, 1993).

A maturidade dos processos intelectuais torna-se neste período compatível com uma série de aquisições progressivas do sentido do real, da própria acuidade perceptiva, assim como da capacidade de abstracção e de raciocínio lógico. Deste modo, o predomínio do pensamento secundário, ou o chamado pensamento lógico, vai permitir uma melhor capacidade no sentido de fazer juízos críticos de situações e das representações de si próprio e dos outros (Ferreira, 1993/2002).

Assim, o período de latência pode considerar-se, de um modo mais genérico como o esforço de consolidação do eu infantil, através da luta pela maturidade, com a capacidade de afastamento da família, sem grandes sinais de dependência, com uma curiosidade mais alargada, aliada ao prazer de funcionar. Neste período, a identidade sexual vai ser reforçada, com base nas novas experiências relacionais que a criança vai tendo, e também através de novos tipos de conflitualidades e confrontos com professores e pais, com os seus pares e irmãos, tudo isto numa sequência que deve permitir confirmar a criança no poder que o seu próprio sexo tem, assim como nas escolhas afectivas que pode realizar e na sua capacidade de pensar (Ferreira, 1993/2002).

A primeira fase da latência sucede-se entre os 6 e os 8 anos de idade, na qual se assiste à renúncia edipiana e à organização do Super-eu. Nesta primeira fase da latência, a criança evidência ainda muitas das características associadas às fases de desenvolvimento anteriores, bem como a facilidade de estabelecimento da relação, o prazer obtido através do jogo, a própria maleabilidade com que as estruturas de pensamento são pautadas e ainda, a presença mais sentida das fantasias que vão sendo verbalizadas de modo mais espontâneo. Como Ferreira (1993/2002) afirma: "Não se perdeu a riqueza fantasmática expressa na passagem fácil do pensamento lógico, secundário, para o pensar do mundo dos sonhos voltando facilmente à realidade do aqui e agora, num deambular flutuante que torna o diálogo fácil e de uma agradável transparência." (p. 220). Nesta altura de vida, os conflitos internos conseguem ser abordados de forma fácil, isto através da capacidade que a criança tem em verbalizá-los, ou mesmo representá-los através de imagens, como o desenho. Um pouco mais tarde, vai assistir-se a um camuflamento desta esfera conflitual interna, através da

acção dos mecanismos de defesa, tais como as formações reactivas, a acção do recalçamento e as denegações, que vão fazer com que a sua compreensão e abordagem desses conflitos sejam mais difíceis de concretizar.

Na realidade, através da progressiva autonomização do Super-eu, assiste-se à criação de um sistema de censura interna, onde se reforça neste período de latência o recalçamento do passado que se encontra marcado pela intensa conflitualidade, ao mesmo tempo que se assiste a uma crescente abertura para o mundo exterior à família, à aprendizagem e ao processo de socialização. Este processo é promovido tendo como base o mecanismo da sublimação e o da formação reactiva, que são os dois mecanismos de defesa mais característicos do período de latência (Sá, 2003).

A vida emocional que decorre neste período escolar vai tornando-se, de uma forma progressiva, cada vez mais complexa. Por altura dos sete/oito anos, as emoções que se encontram dirigidas para o *self*, como por exemplo a vergonha e o orgulho, vão ser então internalizadas. Estas emoções, que de acordo com a perspectiva de Harter (1993), são derivadas socialmente, dependem de um processo de internalização dos padrões parentais de comportamento fornecidos à criança e vão acompanhando o desenvolvimento da sua capacidade de auto-controlo.

A latência tardia, que se estende entre os 8 e os 10/11 anos, implica um processo de conciliar gerações, modelos sexuais, modelos do passado com modelos do presente, sem que isso implique a perda dos pontos de referência que são considerados seguros. Nesta segunda fase, o esforço do eu consiste na tentativa de conciliar os diferentes investimentos objectais sem que isso represente uma grande conflitualidade interna. Ou seja, a figura dos pais, dos professores, dos irmãos e dos amigos, sendo estes modelos e líderes, não podem constituir-se como antagónicos, para não romperem o equilíbrio atingido, e assim a continuidade do seu ser e a estabilidade ainda incipiente do sentimento de auto-estima (Ferreira, 1993/2002).

Nesta fase de latência tardia, que corresponde à segunda fase do período de latência, as defesas da criança contra as pulsões internas apresentam-se mais fortes e com maior fiabilidade. O Super-eu já se encontra mais maduro, assim como o Eu está mais forte e igualmente, mais ligado à realidade. Sendo assim, nesta fase, a criança parece encontrar e sentir uma maior sintonia consigo mesma, tal como com o mundo em seu redor, isto através de uma luta que procura a estabilidade e a consolidação das aquisições que a criança já conseguiu atingir e que constituem a sua identidade. Deste modo, é depois dos 8 anos de idade que as crianças conseguem mais facilmente

disponibilizar-se para receber a influência das outras pessoas sem ser os pais (Sá, 2003).

A criança vai percebendo, cada vez melhor, o que é que desperta em si determinadas emoções, assim como o modo como os outros reagem quando ela demonstra essas emoções. Isto vai permitir-lhe controlar o seu comportamento e adaptar-se em conformidade. Ao mesmo tempo, começa a compreender a diferença entre o que é ter uma emoção e o poder exprimi-la. Daí que nesta altura já seja capaz de ocultar mais os seus sentimentos de modo a poder auto-proteger-se, pois assim evita a situação de rejeição e de ficar exposta ao ridículo, mecanismo que também pode servir para não causar preocupação aos outros em seu redor (Zeman & Garber, 1996).

Como Sá (2003) refere: "A latência corresponde ao período em que a criança se lança no mundo, na «realidade», numa multiplicidade enorme de novas experiências, conflituais ou não. As suas mais-valias quanto às capacidades de estabelecer vínculos afectivos e simbólicos, a par do seu investimento no imaginário, promovem o processo de crescente reforço da sua identidade sexual e de povoamento do seu mundo emocional/interno, numa vivência fascinante de intensa expansão mental." (p. 47).

Seguindo a perspectiva de Harter, é somente a partir dos 8 anos de idade que as crianças vão conseguindo articular um conceito de valor pessoal. Não obstante, antes desta idade, as crianças tendem a demonstrar que já o têm através de manifestações comportamentais. Nas crianças mais novas, a auto-estima não se fundamenta numa avaliação realista das suas capacidades ou características de personalidade. Efectivamente, estas crianças tendem, de forma geral a sobre-valorizar as suas capacidades, na medida em que não possuem ainda determinadas competências sociais e cognitivas que lhes permitam proceder à comparação correcta com os outros. Embora elas consigam fazer julgamentos quanto às suas competências em diversas actividades, elas ainda não se mostram capazes de os organizar de acordo com uma ordem de importância, mostrando igualmente tendência para aceitarem o julgamento que os adultos fazem, sendo que estes fornecem, de modo frequente, um feedback mais positivo e não tão crítico (Harter, 1990, 1993).

Quanto à questão da auto-estima, esta é uma componente considerada importante no que diz respeito ao auto-conceito, na medida em que permite o estabelecimento de uma ligação entre aspectos cognitivos, emocionais e sociais da personalidade. Segundo a perspectiva de Harter (1990), quando se observa uma auto-estima elevada na criança, esta demonstra tendência a ser mais alegre, mais curiosa, mais confiante e até mais independente, revelando capacidade para aceitar novos

desafios, e enfrentar as novas actividades com confiança. Também parece adaptar-se com facilidade à mudança, revelando tolerância à frustração. Uma outra característica apontada é a capacidade de perseverança na conquista e luta pelos seus objectivos, conseguindo lidar com as críticas que lhe são dirigidas. A criança descreve-se de uma maneira positiva e tende a revelar orgulho no trabalho por si desenvolvido.

De um ponto de vista oposto, a criança que revela ter uma baixa auto-estima, tem tendência a apresentar um humor com características mais depressivas e a olhar-se e descrever-se de forma negativa. Parece não ter confiança nem acreditar tanto nas suas ideias, demonstra pouca confiança e orgulho no trabalho que realiza, tem tendência ao isolamento das outras crianças, sendo mais hesitante e observadora, ao invés de explorar de modo activo o mundo e as relações em seu redor. Também desiste mais facilmente face a adversidades e frustrações, reagindo com imaturidade perante situações consideradas como criadoras de *stress*.

Se é certo que a família surge para a criança como o primeiro elemento contentor e, assim, organizador da evolução do Eu, neste período de latência a escola vai ter um papel de suma importância para o desenvolvimento socioafectivo da criança, podendo permitir e facilitar a coesão e a maturidade, tal como pode, de forma oposta, permitir a regressão ou a desintegração de uma personalidade ainda frágil e não coesa. Deste modo, a função que a escola desempenha em termos educativos, tal como o seu êxito, consiste em conseguir proporcionar à criança uma transição progressiva do meio familiar de origem para um novo espaço social e relacional, que se deve constituir também ele mesmo como um espaço transitivo e adaptativo. Assim, vai permitir à criança satisfações libidinais que de forma progressiva vão ser substituídas pela exigência de regras limitativas. No caso da transição acontecer de uma forma súbita e abrupta, então o ambiente de frustração vai ser imposto de um modo rígido, daí que a motivação para a aprendizagem possa ser bloqueada e a regressão irá surgir e expressar-se através de comportamentos agidos sinónimo de desadaptação (Ferreira, 1993/2002).

De forma paralela ao desenvolvimento do auto-conceito e da auto-estima, nesta fase escolar, vai ocorrendo um crescimento emocional significativo, pois à medida que a criança se desenvolve, ela vai começar a compreender melhor as suas emoções, o seu mundo e vivências emocionais, o que lhe permite arranjar estratégias e mecanismos que a ajudem a controlar o modo como os seus sentimentos podem ser expressados, o também a ser sensível aos sentimentos dos outros que a rodeiam (Garner & Power, 1996).

Uma parte significativa dos pais das crianças que demonstram uma elevada auto-estima costumam evidenciar um estilo parental caracterizado por autoridade democrática (Baumrind, 1971,1996). Estes são pais que se podem caracterizar como conseguindo combinar o amor e a capacidade de aceitação, com exigências consideradas elevadas quanto à realização académica e aos aspectos comportamentais. São pais que reúnem características que permitem descrevê-los como democráticos e exigentes, as quais parecem ajudar, de variadas maneiras, o desenvolvimento sustentado da criança. Isto porque quando se estabelecem regras consistentes e claras, torna-se permitido à criança compreender quais os comportamentos que são esperados de sua parte. Os pais que demonstram fazer exigências aos seus filhos, estão a demonstrar que acreditam que os mesmos conseguem corresponder às expectativas, assim como demonstram que têm uma preocupação legítima o suficiente para insistir que as crianças o façam. Assim, conseguir saber o que se espera, permite à criança desenvolver capacidades de auto-controlo, tal como o facto de lhe serem colocados limites, permite que ela possa aprender a levar em consideração as diferentes exigências do mundo exterior onde se movimenta.

O maior contributo para o desenvolvimento do sentimento de auto-estima resulta da valorização, assim como do interesse demonstrado e dos afectos transmitidos pelos familiares mais próximos, pelos pais e por outras pessoas que ocupam lugares importantes na vida social e íntima da criança, como é o caso dos seus pares, os amigos, colegas e também dos professores. Sentir-se amada, e valorizada, vai ser fundamental para que a criança se possa sentir bem com ela própria e em harmonia com os outros (Coopersmith, 1967).

O grupo de pares é representativo de variadas funções desenvolvimentistas com características positivas. Permite, nomeadamente, à criança desenvolver as suas competências sociais, vai intensificar as suas relações sociais e fornece-lhe um sentimento de pertença e de integração (Zarbatany, Hartmann, & Rankin, 1990), que nesta fase são fundamentais para o desenvolvimento de outras competências sociais. Esta etapa desenvolvimentista permite ajudar a criança a viver em sociedade, nomeadamente na forma como pode adaptar desejos e necessidades suas aos dos outros, assim como aprende quando deve ceder ou deve manter-se firme naquilo que acredita.

Para além destas experiências emocionais, o grupo de pares também fornece segurança emocional. Assim a criança vai deparar-se com o sentimento confortante que afinal não é um caso isolado, no que diz respeito a ter pensamentos diferentes dos do

adulto. Com o progresso do desenvolvimento, e à medida que ela própria se começa a afastar da influência e domínio parental, esta inserção no grupo de pares vai permitir abrir novas perspectivas, o que por sua vez liberta a criança para poder fazer juízos mais independentes. Ela vai poder fazer ensaios no seio do grupo no sentido de testar valores, os quais anteriormente eram tidos como verdades absolutas e inquestionáveis, procedendo ao confronto destes com os dos seus pares, o que permite ajudá-la a decidir quais são os valores que agora vai manter e os outros que passam a ser rejeitados. O grupo ainda ajuda a criança a criar e formar opiniões sobre si própria, o que está na base de contribuições importantes para o desenvolvimento do auto-conceito. Quando a criança procede à sua comparação com outras crianças da sua idade, vai conseguir obter uma medida mais realista de quais são as suas capacidades.

1.2. O Auto-conceito em Crianças com Asma

Parece ser especialmente importante estudar o auto-conceito durante a época da adolescência e aquela que a precede, na medida em que este se encontra muito ligado aos denominados comportamentos saudáveis, e é durante essa época da vida que as crianças assumem uma maior responsabilidade quanto aos seus cuidados de saúde (McCaleb, 1985, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

Em crianças com asma brônquica que se encontram na fase da pré-adolescência e no início da adolescência, um auto-conceito positivo tem vindo a ser associado com a capacidade de adaptarem comportamentos saudáveis relacionados com a asma e a sua auto-gestão (Hazzard & Angert, 1986, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000). Um auto-conceito pobre pode tornar difícil para crianças com um quadro de asma levarem a cabo os comportamentos necessários à auto-gestão da doença. Para além disso, a transição para a adolescência pode tornar-se mais difícil para as crianças com asma na medida em que vão assumir mais responsabilidade quanto à auto-gestão da sua condição física (Eiser & Berrenberg, 1995; Miller & Wood, 1991, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

Algumas características da asma podem colocar em risco o desenvolvimento de um auto-conceito positivo. Por exemplo, a restrição de actividades pode levar a sentimentos de ser diferente e a um isolamento dos pares (Eiser & Berrenberg, 1995; Miller & Wood, 1991; Osman Russel, Friend, Legge, & Douglas, 1993, cit. por cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000). A incapacidade ou a redução da capacidade para participar em desportos pode afectar tanto o desenvolvimento físico

como o psicossocial de crianças com asma (Annett & Bender, 1994, cit. por cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000). Para além disso, deparamo-nos muitas vezes com a existência da necessidade de estar a olhar constantemente para mudanças súbitas relativamente à sintomatologia asmática, de modo a que seja dado início à intervenção terapêutica o mais rapidamente possível. Esta auto-monitorização constante tem vindo a ser associada a uma baixa de auto-estima nos jovens adultos com asma (Ireys, Gross, Werthamer-Larsson, & Kolodner, 1994, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

Podemos perguntar quais são os factores que colocam as crianças com asma em risco de ter um auto-conceito mais empobrecido. As intuições clínicas sugerem que o grau de severidade da asma pode ser um factor bastante forte. Muito embora a relação entre a severidade da asma e a capacidade de ajustamento nas crianças com asma ter vindo a ser frequentemente estudada, os resultados não têm sido consistentes. Numa comparação entre adolescentes com asma e um grupo de adolescentes saudáveis (Silverglade, Tosi, Wise, & D'Costa, 1994, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000) verificou-se que a ansiedade, a depressão e a hostilidade se encontravam significativamente relacionados com o grau de severidade da doença. No entanto, os adolescentes com asma moderada obtinham resultados bastante similares aos do grupo de crianças saudáveis sem asma.

Outras investigações (Baron, Veilleux, & Lamare, 1992, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000) verificaram que as crianças demasiado ansiosas, que tendiam a revelar uma adaptação mais empobrecida em relação à vida em geral e, em relação à sua asma, eram excessivamente dependentes dos adultos relativamente a questões de tratamento e recebiam doses elevadas de medicação. Também Meijer, Griffioen, Van Nierop, & Oppenheimer (1995, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000) encontraram resultados significativos relativamente a um ajustamento mais empobrecido em crianças com a asma descontrolada, em comparação com aquelas que tinham o quadro de sintomatologia asmática sobre controlo.

Num outro sentido, diversos estudos levados a cabo dentro desta temática, têm demonstrado não existir relação entre o grau de severidade da doença e o auto-conceito (Walsh & Ryan Wenger, 1992, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000), ou entre o grau de severidade da doença e desordens emocionais e comportamentais em crianças com asma (Meijer, Griffioen, Van Nierop, & Oppenheimer, 1995, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000). Outros autores como Perrin, MacLean, & Perrin (1989, cit. por McNelis, Huster, Marti, &

Hollingsworth, 2000) não encontraram qualquer relação entre a severidade da doença e o auto-conceito nas crianças com asma, embora as crianças com necessidade de maior uso da medicação demonstrassem ter um ajustamento mais empobrecido do que as que tinham uma medicação moderada a pequena.

Daqui se conclui que a relação entre a severidade da asma e o ajustamento da criança é algo complexo, e investigadores como Perrin e colaboradores (1989) apontam no sentido de que as crianças podem ter problemas de ajustamento em todos os níveis de severidade. A complexidade desta relação sugere de forma bastante sustentada que existem outras variáveis que também afectam o auto-conceito. Na medida em que o auto-conceito é, em termos gerais, um indicador importante do ajustamento psicossocial, e tem uma influência no comportamento saudável em adolescentes, existem três grupos de factores relacionados com o auto-conceito das crianças com asma que devem ser levados em linha de conta, nomeadamente, os factores demográficos, os familiares e os da criança.

É evidente que, para todas as crianças, a família serve como o sistema primário que medeia os acontecimentos de vida. Dentro do contexto da doença crónica, o ambiente familiar tem o potencial de servir como um sistema amparador, que permite reduzir os efeitos dos acontecimentos tidos como *stressantes*, ou pode servir como factor que contribui para a interrupção de desenvolvimento causada pelo processo de doença (McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000). O ambiente familiar é considerado como uma variável importante quanto ao desenvolvimento de um auto-conceito positivo em crianças com doença crónica (Miller & Wood, 1991, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

Estudos que procederam à comparação de famílias de crianças com asma com famílias sem problemas de saúde crónicos pertencentes a um grupo de controlo, verificaram que a comunicação entre os pais e a criança tendia a ser mais baixa e a ansiedade parental mais elevada nas famílias que tinham filhos com asma (Brook & Shemesh, 1991, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

Outro aspecto mencionado reporta para o facto de que os conflitos familiares, a redução da coesão familiar, e os baixos níveis de apoio social se encontram relacionados com um ajustamento mais empobrecido nas crianças com asma (Hamlet, Pelligrini, & Katz, 1992, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

As atitudes e percepções parentais, na medida em que se consideram componentes importantes do ambiente familiar, têm sido estudados de uma forma menos frequente. Os poucos estudos que se debruçam sobre a investigação das atitudes

parentais têm-se focalizado mais na questão do uso da medicação preventiva, e a relação entre a atitude crítica da mãe relacionada com o grau de severidade da asma da criança. Não se têm realizado muitos estudos no campo da asma, no sentido de investigar a relação entre as atitudes parentais e o auto-conceito da criança (McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

Num mesmo sentido estão os estudos acerca da percepção que a criança tem da sua condição. Efectivamente, as percepções das crianças acerca da sua condição de doença raramente têm sido estudadas, muito embora as percepções tenham sido consideradas como preditoras dos comportamentos a nível da população geral de crianças, e se saiba que as percepções das crianças, como por exemplo o auto-conceito, influenciam os comportamentos quanto à direcção que estes tomam, a sua força e determinação, tal como a persistência (Schunk, 1989, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

As crianças que evidenciam ter atitudes mais negativas em relação à sua doença, demonstram uma menor satisfação nas relações familiares, e fazem uso de comportamentos mais negativos, lidando de forma menos adaptativa com a situação. Têm ainda um auto-conceito menos cimentado e mais empobrecido. Com o passar do tempo, e se as relações familiares melhorarem, os comportamentos negativos face à adaptação à doença podem revelar uma melhoria, a qual se verifica simultaneamente no auto-conceito. Os resultados desta investigação sugerem ainda que algumas crianças com asma, especialmente as raparigas com uma asma considerada severa, parecem estar em risco quanto a possuírem um auto-conceito mais pobre (McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

Como se pode verificar o auto-conceito exerce influências na forma como a criança lida com as situações de vida com que se vai deparando, assim como estas condições e situações de vida vão influenciar o seu crescimento e o desenvolvimento do seu auto-conceito. Daqui decorre que se considere importante olhar para o auto-conceito, e para os diferentes domínios em si implicados, de uma forma abrangente e inserida no contexto onde a criança se vai desenvolvendo.

CAPÍTULO IV

O ESTUDO ACTUAL

1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO ACTUAL

De acordo com o enquadramento temático elaborado nos capítulos anteriores, que teve como intuito situar a temática da investigação proposta em termos de uma revisão de literatura no âmbito da doença crónica e, mais especificamente, da asma brônquica, esta condição pode ter influência a nível das diferentes esferas de vida da criança, nomeadamente nas movimentações de ajustamento psicológico e comportamental implicadas no processo de desenvolvimento.

Existem evidências que vão no sentido de que as crianças com doença crónica, e neste caso específico com asma brônquica, podem apresentar dificuldades quanto à adaptação psicológica, familiar, social e de integração com os pares, em actividades típicas para a sua idade, devido a algumas limitações externas e internas subjacentes à própria doença, assim como pode afectar o desenvolvimento, sustentação, e regulação do seu auto-conceito.

Outros estudos evidenciam que a criança com doença crónica não apresenta, necessariamente, sintomas de desajustamento psicológico e social, sendo que a forma como ela pode aprender a lidar com a doença, permite que aprenda a conviver com as suas limitações de uma forma integrada, sem que as mesmas constituam um problema grave que impeça a criança de percorrer as etapas do seu desenvolvimento de forma natural e adequada.

Independentemente das evidências empíricas encontradas, as diferentes perspectivas podem situar-se num ponto de vista em que a doença crónica na vida da criança e dos seus familiares implica, necessariamente, novas adaptações e confrontações com as limitações associadas à mesma, o que pode significar, de acordo com o processo de desenvolvimento da criança, da família e do meio social circundante, que a doença e os processos associados à mesma possam ser integrados de forma adequada ou, antes pelo contrário, esta possa contribuir para a existência de várias dificuldades de ajustamento a nível pessoal e social.

2. OBJECTIVOS

Os objectivos desta investigação prendem-se com a avaliação de diferentes aspectos psicológicos relacionados com a criança asmática. Como tal, pretendo-se investigar a percepção que as crianças com asma brônquica têm da sua doença e o

modo como lidam com a sua condição de estarem doentes, e perceber até que ponto o estado de doença influencia os processos de desenvolvimento e adaptação.

No mesmo sentido, pretende-se investigar o auto-conceito, enquanto característica fundamental e diferenciadora do eu. O objectivo a nível da investigação do auto-conceito, prende-se com o intuito de perceber se a doença crónica tem influências no desenvolvimento e regulação do auto-conceito da criança. O mesmo acontece com as estratégias de elaboração das emoções, nomeadamente a ansiedade. Assim, outro objectivo deste estudo, prende-se com a investigação de influências da doença crónica no uso de diferentes estratégias identificadas na elaboração de emoções, nomeadamente da ansiedade, tendo sido para isso utilizada a prova "Era uma vez...".

De forma resumida, pretende-se avaliar a percepção das crianças sobre a sua doença, a vivência que têm da mesma e os seus efeitos na vida da criança, nomeadamente as repercussões que podem existir a nível do auto-conceito e no uso de estratégias de elaboração da ansiedade.

Para além disso, e dada a relevância do círculo onde a criança com doença crónica se movimenta, como anteriormente foi mencionado, também se pretende avaliar a percepção dos pais destas crianças quanto à doença, implicações que a doença tem a nível da sua própria vida e da vida dos seus filhos, assim como a percepção que estes pais têm dos serviços de saúde que fazem o acompanhamento destas crianças que, como tão bem sabemos, no caso da doença crónica, necessita de ser constante e continuado.

A perspectiva dos Técnicos de Saúde acerca de determinados aspectos da doença, tal como da relação da criança com a doença é outro dos temas contemplados. Do mesmo modo, interessa compreender a percepção que o Técnico de Saúde tem da sua relação com a criança e da relação com os seus pais, e também da relação que os pais têm com a doença da criança.

Para além destes objectivos principais, que mediaram esta investigação, o estudo actual tem também como intuito, investigar as concepções e modelos teóricos acerca da doença crónica e dos seus efeitos no desenvolvimento sócio-afectivo da criança, e averiguar se os resultados encontrados noutras investigações, à volta desta temática, encontram o efeito de replicabilidade na realidade portuguesa.

Ao mesmo tempo esta investigação tem como intuito o incentivo a novas e futuras investigações no contexto do nosso país, acerca das influências da doença crónica, nomeadamente no caso da asma, quanto ao desenvolvimento e ajustamento psicológico (emocional e comportamental) das crianças, pois o aumento do número de

casos e a prevalência desta sintomatologia é cada vez mais maior, afectando um número considerável de crianças e das suas famílias, detendo alguma importância no panorama da investigação psicológica no estudo das inter-relações entre criança, doença, família, e instituição.

De uma forma modesta, também se pretende que este estudo permita fornecer algum contributo para a área da Psicologia Pediátrica e da Saúde. De um ponto de vista psicológico, este estudo pretende focar a relevância do trabalho fundamental das equipas de saúde, que detêm um papel essencial quanto à intervenção junto da criança com asma e da sua família.

3. HIPÓTESES

De acordo com as evidências referidas no enquadramento teórico, e na revisão de literatura sobre o tema, e com os objectivos a que esta investigação se propõe, foram formuladas três hipóteses que se pretendem testar na presente investigação:

HIPÓTESE 1

A asma brônquica nas crianças, e a percepção que as mesmas têm desta doença, influencia o desenvolvimento do seu auto-conceito (a nível da sua competência escolar; aceitação social; competência atlética; aparência física; atitude comportamental e auto-estima global).

HIPÓTESE 2

A asma brônquica nas crianças afecta o modo de utilização de estratégias mais adaptativas de elaboração da ansiedade, quando estas são confrontadas com situações de cariz ansiogéneo.

HIPÓTESE 3

A percepção que os cuidadores (geralmente os pais) têm do tipo de apoio fornecido pelas instituições de saúde e pelos técnicos de saúde responsáveis pelo acompanhamento da criança, influencia o modo como lidam com a doença da criança e a relação que estabelecem com a mesma.

CAPÍTULO V

METODOLOGIA

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram, neste estudo, 32 crianças.

Critérios de inclusão na amostra:

- Idade: entre os 8 e os 11 anos;
- Diagnóstico médico de asma brônquica;
- Serem seguidas há mais de um ano em consulta da especialidade.

Em relação a este último aspecto, verifica-se que a idade em que foi feito o diagnóstico oscila entre os 4 meses de idade e os 10 anos, sendo a média de idade de diagnóstico de 3,10 anos.

Para a recolha da amostra de crianças com asma brônquica, recorreu-se aos seguintes Serviços de Saúde dos concelhos de Lisboa e de Almada: Hospital de Santa Maria (Lisboa), Serviço de Consulta Externa de Pediatria - Consulta de Alergologia Pediátrica; Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso (Restelo) - Consulta de Alergologia; Hospital Garcia de Orta (Almada) - Consulta Externa de Pneumologia Pediátrica.

No que diz respeito à caracterização da amostra, e relativamente à sua distribuição segundo o sexo (Quadro 1), verifica-se um maior número de rapazes do que de raparigas, o que encontra correspondência na literatura, onde se constata que a prevalência da doença no sexo masculino e no sexo feminino tem uma distribuição de 2:1 (Santos, 1993).

Quadro 1 - Distribuição dos participantes em função do sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
1 - Masculino	22	69%
2 - Feminino	10	31%
Total	32	100%

Como atrás referido, as crianças que participaram neste estudo têm idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos. O Quadro 2 apresenta a sua distribuição de acordo com o nível etário.

Quadro 2 - Distribuição dos participantes em função da idade

Idade	Frequência	Percentagem
8	5	15,6%
9	10	31,3%
10	6	18,8%
11	11	34,4%
Total	32	100%

O Quadro 3 sintetiza a composição da amostra de acordo com o sexo e a idade.

Quadro 3 - Composição da amostra em função do sexo e da idade

Idade	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
8 anos	N=5 (15,6%)	N= 0 (0%)	N= 5 (15,6%)
9 anos	N= 6 (18,8%)	N= 4 (12,5%)	N= 10 (31,3%)
10 anos	N= 4 (12,5%)	N= 2 (6,3%)	N= 6 (18,8%)
11 anos	N= 7 (21,9%)	N= 4 (12,5%)	N= 11 (34,4%)
Total	N= 22 (68,8%)	N= 10 (31,3%)	N= 32 (100%)

No que diz respeito ao nível de escolaridade das crianças que constituem a amostra, estas frequentam o 3º e o 4º anos do 1º Ciclo do Ensino Básico, e o 5º e 6º anos do 2º Ciclo do Ensino Básico. A partir da observação do Quadro 4, constata-se que o ano mais frequentado é o 4º (31,3%), conforme esperado em função das idades, seguido do 6º ano (25%) e dos 3º e 5º anos (ambos com 21,9%).

Quadro 4 - Distribuição da amostra em função do nível de escolaridade

Ano de Escolaridade	Frequência	Percentagem
3º ano	7	21,9%
4º ano	10	31,3%
5º ano	7	21,9%
6º ano	8	25,0%
Total	32	100%

De acordo com os dados previamente apresentados, sintetiza-se no Quadro 5 a distribuição dos participantes em função da idade e do nível de escolaridade que frequentam.

Quadro 5 - Distribuição dos participantes em função da idade e do nível de escolaridade

			Ano de Escolaridade que a Criança frequenta				Total
			3º ano	4º ano	5º ano	6º ano	
Idade da Criança	8	N	4	1	0	0	5
		Percentagem	12,5%	3,1%	,0%	,0%	15,6%
	9	N	3	7	0	0	10
		Percentagem	9,4%	21,9%	,0%	,0%	31,3%
10	N	0	2	4	0	6	
	Percentagem	,0%	6,3%	12,5%	,0%	18,8%	
11	N	0	0	3	8	11	
	Percentagem	,0%	,0%	9,4%	25,0%	34,4%	
Total		N	7	10	7	8	32
		Percentagem	21,9%	31,3%	21,9%	25,0%	100%

Na medida em que se procedeu à recolha da amostra de crianças com asma brônquica em diversas instituições de saúde, no Quadro 6 encontra-se representada a distribuição das crianças em função da instituição médica em que são acompanhadas. Como se pode observar, a maioria da amostra de crianças com asma foi recolhida no Hospital Garcia de Orta (56,3%), seguindo-se a Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso (25%) e, por fim, o Hospital de Santa Maria (18,8%).

Quadro 6 - Distribuição dos participantes em função da instituição médica

Instituição	Frequência	Porcentagem
1 - Hospital Garcia de Orta	18	56,3%
2 - Hospital de Santa Maria	6	18,8%
3 - Fundação Nossa Sra. do Bom Sucesso	8	25,0%
Total	32	100%

Tomando em consideração as características das diferentes instituições, nomeadamente no que se refere à continuidade do acompanhamento da criança - pelo mesmo técnico, ou por vários -, apresenta-se no Quadro 7 a distribuição dos participantes em função do técnico de saúde que os acompanha preferencialmente e que, como tal, preencheu o Questionário para o Técnico de Saúde em cada uma das três instituições: Consulta de Alergologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria (HSM); Consulta de Alergologia da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso (FNSBS); Consulta de Pneumologia Pediátrica do Hospital Garcia de Orta (HGO).

Quadro 7 - Distribuição dos participantes em função do técnico de saúde

Técnico de Saúde que acompanha a Criança	Frequência	Porcentagem
Dra. D. M. - HGO	10	31,3%
Dr. C. E. - HGO	3	9,4%
Dra. A. P. C. - HGO	5	15,6%
Dra. A. M. - HSM	1	3,1%
Enfª E. P. - HSM	1	3,1%
Dra. C. B. - HSM	1	3,1%
Enfª O. R. - HSM	1	3,1%
Dra. N. F. - HSM	1	3,1%
Dra. M. V. - HSM	1	3,1%
Dra. A. L. C. - FNSBS	8	25,0%
Total	32	100%

Como se pode constatar, no Hospital Garcia de Orta as crianças da amostra recolhida são principalmente acompanhadas por três médicos que asseguram a consulta de Pneumologia Pediátrica. No caso do Hospital de Santa Maria, ressalta que os técnicos de saúde que acompanham as crianças da amostra são todos diferentes, sendo

importante aqui fazer a ressalva que, dois dos questionários para os técnicos de saúde foram respondidos por duas enfermeiras do serviço de Consulta de Alergologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria. Este serviço funciona com uma consulta de triagem com as enfermeiras responsáveis antes da criança ser vista pelo médico especialista. As enfermeiras responsáveis por esta consulta mantêm o contacto com a criança e a sua família acompanhando todo o seu processo médico. Daí que, nestes dois casos particulares tenham sido as enfermeiras que fazem este tipo de acompanhamento, a responder ao questionário para o técnico de saúde, como se assinalou no Quadro 7. Para além disso, há que referir que este é um serviço que também tem um número substancial de médicos a assegurá-lo, existindo uma grande rotatividade da equipa médica, como se pode verificar na análise do Quadro 7. Quanto à Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, as consultas de Alergologia são sempre asseguradas pelo mesmo médico.

2. INSTRUMENTOS

Tendo como objectivo proceder à avaliação das crianças e dos pré-adolescentes com asma brônquica, de modo a avaliar e descrever a forma como percebem a sua competência em diferentes domínios e avaliar a sua auto-estima, utilizou-se a Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes (*Self-Perception Profile for Children*) de Susan Harter (Harter, 1985).

Quanto à avaliação do modo como as crianças e os pré-adolescentes elaboram as emoções, nomeadamente as estratégias de elaboração da ansiedade, utilizou-se a prova projectiva "Era uma vez..." de Teresa Fagulha (Fagulha, 1997).

Para além dos instrumentos acima mencionados, utilizaram-se também uma entrevista semi-estruturada para a criança, e dois questionários - um para o médico assistente da criança e outro para os pais -, elaborados com o intuito de se proceder à recolha de dados mais descritivos e de informação mais completa e detalhada acerca de aspectos relativos à vivência da doença. A entrevista para a criança, bem como os questionários para o técnico de saúde responsável pelo seu seguimento, e para os pais, têm como objectivo a recolha de informação mais qualitativa relativamente à forma como a criança, e aqueles que estão em seu redor, vivenciam a problemática associada à asma brônquica, nomeadamente nas restrições que esta doença pode colocar e nos cuidados e tratamento que exige.

Descreverei, em seguida, cada um dos instrumentos utilizados.

2.1. Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes de Susan Harter

Com o intuito de analisar o modo como as crianças e os pré-adolescentes percebem a sua competência em diferentes domínios e de avaliar a sua auto-estima, utilizou-se a Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes de Susan Harter (Harter, 1985). Esta escala destina-se a crianças entre os 8 e os 12 anos de idade. De acordo com a visão da autora, a escala é inapropriada para crianças com menos de 8 anos de idade, na medida em que estas ainda não possuem um conceito de valor pessoal devidamente consolidado.

A Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes é constituída por seis sub-escalas, cinco das quais correspondendo aos cinco domínios específicos a avaliar que se encontram à frente descritos, e uma última sub-escala que dá uma medida global da auto-estima. Cada sub-escala é composta por 6 itens, o que perfaz um total de 36 itens.

Descrição das sub-escalas:

- 1) *Competência Escolar* – domínio que se relaciona com a forma como a criança avalia o seu desempenho escolar;
- 2) *Aceitação Social* – domínio que avalia o grau de aceitação das crianças pelos seus colegas e como é ela se sente em termos de popularidade;
- 3) *Competência Atlético* – domínio que se refere ao modo como a criança se percebe ao nível das suas actividades desportivas;
- 4) *Aparência Física* – domínio que avalia o grau de satisfação da criança relativamente ao seu aspecto físico; -
- 5) *Atitude Comportamental* – domínio que avalia o modo como a criança se sente em relação ao seu comportamento e às suas atitudes em relação aos outros, ou seja, se age correctamente e de acordo com os outros que esperam de si;
- 6) *Auto-estima* – avalia globalmente a auto-estima da criança: até que ponto se sente satisfeita consigo própria, e se gosta de si própria tal como se percebe. Na medida em que permite um julgamento global da percepção que a criança tem do seu valor enquanto pessoa, e não um domínio específico de competência, é independente das restantes sub-escalas que avaliam domínios específicos de competência.

A escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes de Susan Harter tem vindo a ser alvo de diversos estudos em Portugal (Correia, 1989; Senos, 1990; Martins, Peixoto, Mata & Monteiro, 1995). Nesta investigação utilizou-se a sua

adaptação para a população portuguesa realizada por Martins, Peixoto, Mata e Monteiro (1995) (ver Anexo 1). Os dados recolhidos através da amostra utilizada nesta investigação foram comparados com os dados existentes para a população portuguesa, apresentados por Peixoto e Mata (1993) e por Martins, Peixoto, Mata e Monteiro (1995).

Em termos da configuração da prova, para cada um dos 36 itens são apresentadas quatro alternativas, pedindo-se à criança que faça uma dupla opção em dois passos sucessivos. Em primeiro lugar, deve escolher de entre duas descrições de sujeitos - uma mais positiva e uma mais negativa - aquela com a qual mais se identifica. Tomada esta decisão, a criança terá de exprimir o seu grau de identificação em relação a duas opções ("Sou Tal e Qual Assim" ou "Sou um Bocadinho Assim"). Este tipo de formulação dos itens pressupõe que há sujeitos que se vêem de um modo mais positivo ou mais negativo, em determinados domínios, de modo mais intenso ou mais moderado, excluindo o formato de resposta «Verdadeiro» ou «Falso», e pretende minimizar a tendência da criança para dar respostas socialmente desejáveis.

Em cada item a criança só pode assinalar uma das quatro alternativas. A cotação varia entre os valores 4 e 1, traduzindo o 1 o nível mais baixo (baixa competência percebida) e o 4 o mais elevado (alta competência percebida). Dentro de cada sub-escala os itens encontram-se formulados e apresentados de forma contrabalançada de modo a que, para metade dos itens, a afirmação que reflecte o grau mais elevado de competência esteja colocada do lado esquerdo e, para a outra metade, se encontre colocada do lado direito. Desta forma, os itens com a afirmação mais positiva do lado esquerdo são cotados com 4,3,2,1 (da esquerda para a direita), enquanto que nos itens com a afirmação que traduz uma auto-percepção de maior competência do lado direito, a cotação é inversa 1,2,3,4 (da esquerda para a direita). Depois da cotação dos diferentes itens, calcula-se a média para cada sub-escala obtendo-se, com base neste procedimento, seis médias a partir das quais se torna possível traçar o perfil do sujeito.

2.2. Prova "Era uma vez..." de Teresa Fagulha

A prova "Era uma vez..." (Fagulha, 1992, 1997), é uma técnica projectiva de ~~completamento de histórias~~, apresentadas em formato de banda desenhada, e que se destina a ser utilizada com crianças de uma faixa etária dos 5 anos até aos 11/12 anos de idade. É uma prova que permite descrever a forma como as crianças elaboram as

emoções, nomeadamente a ansiedade e o prazer, estados afectivos considerados como tendo uma importante função adaptativa no decorrer do desenvolvimento psicológico. Essas emoções são evocadas através de acontecimentos representados em três cenas desenhadas em cada um dos cartões que constituem a prova, relativas à vida de uma mesma personagem infantil (feminina ou masculina, de modo a proporcionar a mesma possibilidade de identificação aos meninos e às meninas).

A prova é constituída por 7 Cartões-Estímulo, um Cartão para exemplificação e treino do procedimento (que apresenta uma situação de brincadeiras de Carnaval), e um Cartão Final.

Os sete Cartões-Estímulo são: Cartão I - Passeio Com A Mãe; Cartão II - Doença; Cartão III - Passeio À Praia; Cartão IV - Pesadelo; Cartão V - Dia Dos Anos; Cartão VI - Briga Dos Pais; Cartão VII - Escola (ver Anexo 2).

Os episódios/histórias que são propostas retratam acontecimentos comuns na vida da maioria das crianças. Cinco apresentam situações ansiogéneas (Cartão I - separação e abandono; Cartão II - doença; Cartão IV - pesadelos e terrores nocturnos; Cartão VI - conflito entre os pais e Cartão VII- dificuldades escolares) e dois apresentam experiências potencialmente prazerosas e agradáveis (Cartão III - ir à praia e ter a possibilidade de convívio com os pares e Cartão V - festejar o dia do aniversário).

Como atrás referido, tratam-se de histórias incompletas, que devem ser completadas pela criança. Com essa finalidade, para cada Cartão-Estímulo, a criança dispõe de nove cenas desenhadas (nos mesmos moldes das apresentadas no Cartão), representativas de possibilidades de continuidade da história. Estas organizam-se em três grandes categorias: três Cenas de Realidade, três Cenas de Aflição e três Cenas de Fantasia. As 3 Cenas de Realidade representam o reconhecimento e a aceitação da realidade (seja ela dolorosa ou agradável) do Cartão, ou representam estratégias de acção que têm como objectivo a resolução da situação apresentada no Cartão. As 3 Cenas de Aflição retratam acontecimentos de vida tidos como dolorosos ou associados a perigos e que reflectem a ansiedade desencadeada pelo episódio proposto no Cartão. As três Cenas de Fantasia retratam situações em que a personagem recorre a fantasias "boas" - compensatórias da realidade dolorosa, sendo que, algumas cenas de fantasia representam situações possíveis de succder ("fantasia viável") enquanto outras assumem um carácter mais onnipotente, constituindo uma fuga nos aspectos difíceis da situação ("fantasia mágica"). Em todos os Cartões as três categorias de cenas têm, correspondentemente, a mesma numeração, ou seja: as cenas 1, 6 e 8 são cenas de

Realidade; as cenas 2, 4 e 9 são cenas de Aflição; e as cenas 3, 5 e 7 são cenas de Fantasia.

Aquando da aplicação, o psicólogo apresenta e descreve as Cenas representadas no Cartão-Estímulo, pedindo então à criança que complete a história, devendo esta para tal proceder à escolha de três cenas entre as nove disponíveis, e organizá-las em sequência. Após a criança ter realizado a selecção e ordenamento das cenas em sequência, o psicólogo repete a descrição do Cartão-Estímulo e pede à criança que conte a história que acabou de construir. Pressupõe-se que, na forma como a criança escolhe e posteriormente organiza as suas cenas, esta vai projectar a elaboração das suas experiências emocionais, o que proporciona informação acerca das suas capacidades de regulação da vida afectiva.

Cada um dos sete Cartões da Prova "Era uma vez..." é apresentado como uma situação independente. De forma a assegurar a independência dos episódios mostrados, existe uma décima cena para cada uma das histórias da prova. Esta cena é apresentada no final da história contada pela criança e é descrita pelo psicólogo, representando uma resolução factual da história proposta no Cartão-Estímulo. Esta última cena pretende assegurar que o episódio proposto no cartão tenha uma resolução factual igual para todas as crianças, independentemente da solução final que cada uma encontrou e escolheu, intimamente dependente das suas capacidades e possibilidades de elaboração das temáticas emocionais suscitadas por cada Cartão.

O Cartão Final representa a personagem da história e é designado por Retrato do(a) Menino(a). Com a apresentação deste Cartão a finalizar a aplicação, pretende-se a criação de um espaço de transição entre a situação de prova, proporcionando à criança a possibilidade de abordar a experiência que acabou de vivenciar, indicando os episódios de que mais gostou e de que não gostou tanto, e pedindo-lhe que invente uma história livre sobre esta personagem.

Este instrumento encontra-se validado para a população portuguesa, tendo servido de base a variados estudos realizados com esta população, nomeadamente estudos de comparação das respostas de grupos com características específicas, com o intuito de se averiguar a capacidade discriminativa da prova e de identificar padrões de resposta em grupos clínicos (Fagulha, 1992, 1994a; Partidário, 1996; Fagulha & Duarte Silva, 1996; Brito, 2000; Batista, 2002, cit. por Fagulha, 2004). Este instrumento também foi submetido a estudos exploratórios da possibilidade da sua utilização em condições que, de um modo geral, inviabilizam a utilização de outro tipo de provas temáticas, devido a dificuldades de expressão verbal, como é o caso de crianças com

deficiência auditiva (Fagulha, Amaral & Gama, 1994, cit. por Fagulha 2004), e de crianças com paralisia cerebral (Fagulha, 1994, cit. por Fagulha, 2004). Para além disso, a prova também tem sido aplicada em estudos que a utilizam no sentido de promover a compreensão da elaboração emocional em grupos de crianças que se encontram afectadas por circunstâncias críticas, como o caso de jovens adultos com deficiência mental (Fagulha, 1997, cit. por Fagulha, 2004), no estudo das ideias de morte em crianças infectadas pelo HIV (Simões, 1998, cit. por Fagulha, 2004), e investigações sobre o tema do medo da morte em crianças com doença oncológica (Tavares, 2001, cit. por Fagulha, 2004).

No que diz respeito à análise e interpretação da Prova "Era uma vez...", esta tem como objectivo a compreensão do modo como a criança elabora as experiências emocionais de ansiedade e de prazer que foram desencadeadas com a apresentação dos Cartões e respectivas temáticas. O movimento interno de elaboração das experiências emocionais é revelado através da conjugação das sequências organizadas (categoria das cenas que a criança escolhe para dar continuidade à história, e posição em que as coloca na sequência que organiza - 1ª, 2ª e 3ª posição) e da verbalização consequente.

Deste modo, a categoria das cenas que cada criança escolhe para dar continuidade à história, em conjugação com a posição em que as coloca na sequência que com elas organiza, permitem revelar movimentações características na elaboração dos fenómenos emocionais despertados por cada um dos Cartões (Fagulha, 1994).

Assim, o padrão de respostas categoria das cenas / sua posição na sequência, vai permitir uma descrição do modo como o ego se confronta com as emoções, ou seja, se a criança consegue tolerar a tensão e realizar compromissos que permitam a expressão dos impulsos, regulada pelas exigências da realidade; se a fantasia serve como um refúgio face às emoções dolorosas, ou se, de forma oposta, estas emoções são de tal intensidade que desencadeiam mecanismos defensivos de fuga da situação pela fantasia ou fazem desmoronar as capacidades de adaptação egóica (Pires, 2001). A primeira linha de estudos sobre a prova incidiram neste aspecto - categoria da cena / sua posição na sequência.

De facto, as nove cenas disponíveis para cada Cartão correspondem a um total de 504 sequências possíveis em cada cartão. Para poder contemplar a globalidade das 504 sequências, Pires (2001) definiu quatro modalidades de elaboração da ansiedade nas situações apresentadas em cada um dos sete Cartões: Negação, Impossibilidade, Estratégia Adaptativa Operacional e Estratégia com Equilíbrio Emocional. A Negação corresponde ao não reconhecimento do afecto doloroso, da ansiedade; as

outras três estratégias envolvem o reconhecimento desse afecto perturbador, revelando-se uma delas ineficaz enquanto elaboração resolutiva e adaptativa da ansiedade - Impossibilidade - e correspondendo as outras duas a distintas formas de elaboração - Estratégia Adaptativa Operacional e Estratégia com Equilibração Emocional. A autora analisou todas as sequências de cenas possíveis em cada um dos cartões, estabelecendo uma correspondência entre cada uma delas e uma das quatro estratégias identificadas. Esta forma de cotação foi utilizada e aplicada na presente investigação, com o objectivo de identificar as estratégias de elaboração de ansiedade utilizadas pelas crianças e pré-adolescentes com asma brônquica.

De acordo com as hipóteses anteriormente levantadas, e pelas dificuldades decorrentes da situação de doença crónica, espera-se que as crianças e os pré-adolescentes utilizem com menor frequência as estratégias mais eficientes e adaptativas - Estratégia Adaptativa Operacional e Estratégia com Equilibração Emocional - e com maior frequência as estratégias menos eficientes - Negação e Impossibilidade.

2.3. Entrevista para a Criança e Questionários para os Pais e para os Técnicos de Saúde

Construiu-se uma entrevista semi-estruturada para a criança, assim como um questionário para os pais e outro para os médicos. Estes instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de se obter informação em áreas específicas. A construção de tais instrumentos fundamentou-se na investigação empírica realizada no âmbito do estudo psicológico do impacto da síndrome nefrótica e doença celíaca na infância, nos pais e na criança, elaborada por Santos (1999).

Quanto ao facto de se ter procedido à escolha de um formato tipo entrevista para a criança, tomou-se em consideração o aspecto de aquele possibilitar uma conversação mais orientada e elicitar material específico nas áreas em que se pretende obter uma informação mais detalhada face à forma como a criança vivencia a situação de doença. Considerou-se que a entrevista, em comparação com o questionário, implica uma interacção entre o entrevistador e o entrevistado, constituindo assim um formato mais adequado quanto ao objectivo inicial proposto. Efectivamente julga-se que, através do estabelecimento de uma relação que se pretende empática e elicitadora de confiança, a criança se sentirá mais à vontade e com maior disponibilidade para partilhar a informação que se pretende obter. Para além disso, possibilita também que o

entrevistador consiga captar se o indivíduo compreende ou não os conteúdos abordados.

A entrevista com a criança é semi-estruturada (ver Anexo 3). Não obstante, grande parte das questões que a constituem são fechadas. As respostas às questões abertas foram posteriormente categorizadas.

Quadro 8 - Síntese dos Conteúdos da Entrevista com Crianças

Conteúdos	Ítems
Razão porque vai ao Hospital/Clinica	1 a 3
Atitude face a saber e aprender "coisas" sobre a doença	4 a 6
Dificuldades sentidas no lidar com a doença	7
Restrições devido à doença	8 a 12
Pessoas com quem fala da doença	13
Controlo da doença	14
Locus de controlo para a saúde	15
Razão/causa da doença	16
Atribuição de culpa pela doença	17
Relação com os outros e forma como se sente tratada por eles	18 e 19
Percepção quanto a ser diferente das outras crianças	20
Futuro:	
- Profissão imaginada	21
- Percepção quanto a vir a ser diferente dos outros	22
- Evolução do estado de saúde	23

Os Ítems 1, 2 e 3 remetem directamente para o problema de saúde da criança, na medida em que questionam se a criança sabe a razão pela qual costuma ir ao hospital/clínica, permitindo assim saber, através da sua resposta, se ela está a par do seu problema de saúde e se tem consciência dele.

No Ítem 4 questiona-se de forma aberta o que é que a criança sabe sobre a sua doença. Nos Ítems 5 e 6 indaga-se se a criança prefere "aprender coisas" acerca da sua doença, ou se tem uma atitude de evitamento face ao conhecimento de factos sobre a mesma, o que pode denotar eventualmente uma postura mais defensiva em relação à doença.

O Ítem 7 diz respeito às dificuldades sentidas face à doença. Através de uma questão aberta, pretende-se inquirir a criança sobre aquilo que "lhe custa mais".

No Ítem 8 pretende-se averiguar se a criança considera que a sua doença lhe trás, ou não, restrições ao nível das actividades da sua vida. Se a criança responde afirmativamente a este ítem, onde evidencia que sente estar sujeita a determinadas restrições devido à sua doença, prossegue-se para os Ítems subsequentes: 9, 10, 11 e 12.

Através do Item 9, pretende-se entender quais são as coisas que a criança considera não poder fazer e, se lhe custa, ou não, não poder levar a cabo essas coisas que gostaria de fazer (Item 10). No Item 11, ainda dentro desta temática da influência da doença nas restrições a nível da vida da criança, pretende-se perceber como ela lida com a situação de lhe apeter fazer essas coisas que não pode, pretendendo saber em que é que ela pensa quando se depara com essa situação e, conseqüentemente, o que é que ela faz (Item 12).

No Item 13, pretende-se averiguar se a criança fala, ou não, da sua problemática de saúde com as várias pessoas indicadas.

No Item 14 analisa-se o controlo da doença, avaliando-se se a criança cumpre as prescrições médicas. Este item prende-se directamente com a pertinente questão da adesão às prescrições médicas e de controlo da sintomatologia.

No Item 15 surge a questão do *locus* de controlo para a saúde, onde se pergunta à criança se concorda, ou não, com um conjunto de frases que lhe são apresentadas. Os conteúdos deste item estão distribuídos pela dimensão interna (por exemplo, "Quando estás doente és capaz de fazer o que é preciso para melhorar"); possibilidade de ser ajudada (incidindo sobre os médicos, como por exemplo, "Quando estás doente os médicos podem ajudar-te a sentires-te melhor") e sorte/azar (por exemplo, "Se tiveres azar, se tudo correr mal, não consegues melhorar tão depressa").

O Item 16 é focalizado na percepção da criança quanto à razão ou à causa da doença. Questiona-se a criança sobre se já alguma vez pensou numa razão para ter a doença, e caso a resposta seja afirmativa, pretende-se averiguar qual a causa que ela atribui ao facto de ter a doença.

No Item 17 avalia-se se a criança culpa, ou não, alguém ou algo pela sua doença, e no caso da resposta ser afirmativa, pede-se que a criança justifique a sua resposta e indique quem (ou o quê) considera ser culpado.

Os Itens 18 e 19 dizem respeito à área relacional. No Item 18, através de uma pergunta aberta, avalia-se se a criança considera que as outras pessoas a tratam, ou não, de maneira diferente por ter uma doença, solicitando-se uma justificação no caso de uma resposta afirmativa. No item 19 pretende-se averiguar o mesmo conteúdo, mas agora pede-se à criança a sua percepção perante pessoas específicas, como, por exemplo, elementos da família, colegas, amigos e professores, onde deverá indicar se eles a tratam "melhor", "pior" ou "na mesma".

O Item 20 pretende aferir se a criança se sente, ou não, diferente das outras crianças pelo facto de ter uma doença e, caso a resposta seja afirmativa, é-lhe pedido que explique o porquê.

A formulação do Item 21 tem como intuito remeter a criança para o futuro, recorrendo-se a um conteúdo que é representativo de um tema frequente nas conversas com outras crianças e com os adultos em redor, perguntando-se-lhe "o que é que ela quer ser quando for grande". Este item permite preparar a criança para os itens seguintes, no que diz respeito ao período temporal em que os mesmos se situam. Os Itens 22 e 23 centralizam-se nas expectativas da criança face ao seu futuro. No Item 22 pretende-se averiguar se ela acha que vai ser diferente dos outros por ter a doença e, caso responda afirmativamente, pede-se que justifique a sua resposta. O Item 23 tem como objectivo inferir qual a percepção da criança face à evolução da doença, propondo-lhe quatro possibilidades de escolha: "melhorar"; "continuar a ter a doença", "piorar" ou "ficar curada".

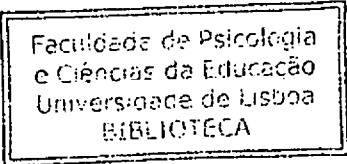
As respostas às questões abertas foram categorizadas em função do seu conteúdo.

O questionário construído dirigido aos pais (ver Anexo 4) encontra-se dividido em quatro secções, que visam a recolha de informação referente a (1) Dados Sociodemográficos da Criança, (2) Dados Sociodemográficos dos Pais, (3) Dados de Desenvolvimento de Saúde, (4) Dados Relativos à Situação de Doença.

Descrevem-se, em seguida, os principais conteúdos integrados em cada uma destas quatro áreas, e os itens a que correspondem.

Quadro 9 - Síntese das Áreas e Principais Conteúdos do Questionário para os Pais

Áreas / Secções	Conteúdos	Itens
1-Dados Sociodemográficos da Criança	- Informação Sociodemográfica relativa à criança e ao contexto familiar	1 a 4
2- Dados Sociodemográficos dos Pais	- Informação Sociodemográfica relativa aos pais e informações relativas ao contexto familiar e de desenvolvimento da criança	1 a 6
3 - Dados de Desenvolvimento de Saúde	- Informação respeitante a aspectos de desenvolvimento da criança, saúde e situações de internamento - Outras Informações: Doenças na família e situação actual de estado de saúde	1 e 2 3 e 4
4 - Dados Relativos à Situação de Doença		1 a 19

a) Diagnóstico	Informação relativa à altura do estabelecimento do Diagnóstico: - Questões introdutórias de preparação do indivíduo ao tema - Alterações de vida sofridas	1 a 4 5 e 6
b) Situação Actual	Informação respeitante à situação actual de doença: - Forma como lida com a doença em geral - Apoio Social	7 8 a 10
c) Contexto Médico 	Avaliação das percepções das figuras parentais acerca dos aspectos do contexto médico: - Informação e apoio recebidos na altura do diagnóstico e confiança sentida no médico - Informação e apoio recebidos no momento actual e confiança sentida no médico - Relação do médico com a(s) figura(s) parental(ais) - Relação do médico com a criança - Aspectos mais valorizados pela(s) figura(s) parental(ais) na relação com o médico - Controlo da situação de doença - Gravidade do quadro clínico	11 e 12 13 e 14 15 16 17 18 19

1 - Dados Sociodemográficos da Criança

Esta secção visa a recolha de informação sociodemográfica relativa à criança, nomeadamente o seu percurso escolar e a frequência da creche e jardim-de-infância antes da entrada para a escolaridade obrigatória, e o seu percurso de desenvolvimento a nível escolar.

2- Dados Sociodemográficos dos Pais

Esta secção visa a recolha de informação sociodemográfica sobre os pais, e recolha de outras informações relevantes quanto ao contexto familiar e de desenvolvimento da criança. Nessa medida, existem questões acerca da profissão dos pais, do seu grau de escolaridade, estado civil, quais as pessoas com quem a criança co-habita, o número de irmãos (com a indicação da idade e respectivo sexo) e o grau de absentismo escolar da criança.

3 - Dados de Desenvolvimento de Saúde

Esta secção visa a recolha de informação geral referente à saúde da criança, mais especificamente em termos de doenças que tenham surgido durante o seu crescimento e desenvolvimento até à idade actual, averiguando-se também a existência

de situações de internamento, qual o motivo, a idade em que ocorreram, bem como a sua duração.

Comporta ainda duas questões adicionais que dizem respeito à avaliação da existência de eventuais doenças que ocorram na família, direccionadas para a temática da asma brônquica e doenças alérgicas, averiguando de seguida a situação actual em termos de saúde dos familiares eventualmente mencionados.

4 - Dados Relativos à Situação de Doença

Esta secção visa a recolha de informação mais especificamente focada na situação de doença da criança, subdividida nos seguintes tópicos:

a) Diagnóstico (Itens 1 a 6)

No que diz respeito às primeiras quatro questões, estas têm como característica geral serem questões abertas e que pretendem recolher informação sobre os sintomas iniciais da doença (mais especificamente os Itens 1 e 2), a idade da criança quando foi feito o diagnóstico (Item 3), e por fim uma pergunta dirigida para as emoções dos pais face ao confronto com a realidade do diagnóstico (Item 4). Estas perguntas foram elaboradas com o intuito de remeter os pais para a altura de vida em que se viram confrontados com o diagnóstico clínico da doença, de modo a que seja possível aproximá-los mais da situação vivenciada, tanto a nível temporal como a nível emocional.

Os Itens 5 e 6, estes têm como intuito averiguar quais as alterações de vida que ocorreram depois do diagnóstico médico, tendo em consideração as evidências já anteriormente comentadas de que a presença de uma criança com doença crónica pode fazer com que se verifiquem alterações de vida em determinados níveis.

b) Situação Actual (Itens 7 a 10)

Pretende-se recolher informação acerca do impacto que a doença tem nos pais, e perceber a sua percepção no que diz respeito à forma como lidam com a doença e com as suas consequências (Item 7). Os Itens 8, 9 e 10, remetem para a questão do Apoio Social, pretendendo-se averiguar se os pais sentem que recebem o apoio necessário, e inquirir a forma como percebem e sentem o apoio recebido por diversos elementos.

c) Contexto Médico (Itens 11 a 19)

A secção final do questionário orienta-se para aspectos mais relacionados com o contexto médico, centrando-se sobre o momento do diagnóstico e a actualidade.

Os Itens 11 e 12 remetem para o momento temporal em que o diagnóstico foi efectuado e transmitido, e pretende averiguar qual a percepção que os pais têm relativamente ao facto de se considerarem, ou não, adequadamente informados e apoiados nessa altura (Item 11), e o grau de confiança face ao médico (Item 12). Os itens seguintes, nomeadamente o 13 e o 14, centralizam-se no momento actual, transpondo exactamente os mesmos conteúdos dos anteriores, aplicados então ao presente.

O Item 15 foca a percepção que os pais têm da relação que o médico estabelece com eles, e o Item 16 tem como intuito averiguar a percepção que os pais têm da relação do médico com a criança.

No Item 17, é pedido aos pais que indiquem quais os aspectos que valorizam mais na relação com o médico.

Quanto ao Item 18, este pretende averiguar qual a percepção que os pais têm relativamente à situação actual de controlo da doença, e o Item 19 a percepção que os pais têm da gravidade do quadro clínico da criança.

No final do Questionário apresentado, foi ainda deixado um espaço final para possíveis "Observações".

As respostas às questões abertas foram categorizadas em função do seu conteúdo.

O questionário dirigido aos médicos ou outros técnicos de saúde (ver Anexo 5) foi elaborado tendo como base o questionário criado para os pais das crianças. Seleccionaram-se os conteúdos de modo a haver uma correspondência entre os itens dos dois questionários. Levou-se a cabo tal procedimento com o intuito de se vir a efectuar uma análise comparativa entre as percepções de pais e médicos relativamente aos mesmos conteúdos. Não obstante, foram também introduzidos outros tipos de itens que consistem em conteúdos mais especificamente dirigidos à perspectiva do técnico de saúde sobre a doença na criança.

Quadro 10 - Síntese dos Conteúdos do Questionário para o Técnico de Saúde

Conteúdos	Itens
Avaliam-se as percepções do médico em relação às figura parentais no que diz respeito a:	
- Forma como lidam com a doença em geral	1
- Controlo/acompanhamento da doença	2
- Relação com o médico	3 e 4
- Aspectos mais valorizados na relação com o médico	10

Avaliam-se as percepções do médico em relação à criança no que diz respeito a:	
- Forma como lida com a doença (em geral e ao longo do tempo)	5 e 6
- Relação com o médico	8 e 9
- Gravidade do quadro clínico	7

Relativamente ao Questionário Médico, os Itens 1 a 4 direccionam-se de forma mais descritiva para o modo como o médico percepção as figuras parentais, em relação à forma como colaboram e se relacionam consigo face ao tratamento da criança. O primeiro centra-se no modo de lidar com a doença, nomeadamente como o médico considera que os pais lidam com a doença da criança e com as suas consequências, em termos gerais (Item 1; tem correspondência com o Item 7 do questionário para os pais).

O Item 2 diz respeito à qualidade de controlo e acompanhamento da doença efectuada pelos pais e percebida pelo médico.

O Item 3 insere-se na área relacional, pretendendo-se averiguar como o médico percepção a relação dos pais com ele (Item 3; corresponde ao Item 15 do Questionário para os Pais).

Por fim, o Item 4 é um item bastante específico deste questionário e destina-se, através de uma questão aberta, a investigar se existem dificuldades no contacto do técnico de saúde com a família. Em caso afirmativo pede-se que especifique.

Os Itens 5 e 6 orientam-se para a criança. Pretende-se, através do Item 5, abordar a opinião do médico sobre a forma como a criança lida com a doença no momento actual, e o modo como o tem feito ao longo do tempo (Item 6).

O Item 7 pretende averiguar a avaliação médica das características de gravidade associadas ao quadro de doença crónica (corresponde ao Item 19 do questionário para os pais).

Os Itens 8 e 9, pretendem analisar a relação da criança com o médico (Item 8; corresponde ao Item 16 do questionário para os pais), assim como através de uma questão aberta apresentada no item seguinte, que pretende averiguar as dificuldades que eventualmente possam ser sentidas pelo médico na relação com a criança.

Quanto ao último item apresentado, o Item 10 (com correspondência ao Item 17 do questionário para os pais), diz respeito à relação médico-pais, solicitando-se ao médico que indique, de acordo com o seu ponto de vista, quais os aspectos, entre os vários propostos, que os pais mais valorizam na relação com ele.

No final do Questionário apresentado, foi ainda deixado um espaço final para possíveis "Observações".

3. PROCEDIMENTO

Com o intuito de se poder realizar a investigação, e começar a efectuar o trabalho com as crianças, com os seus pais, e com os respectivos técnicos de saúde responsáveis, começou-se por estabelecer contacto com as devidas instituições hospitalares e clínicas, nomeadamente o Hospital Garcia de Orta (H.G.O.), em Almada, o Hospital de Santa Maria (H.S.M.), em Lisboa, e a Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso (F.N.S.B.S.), no Restelo, em Lisboa. Para tal, dirigiu-se um pedido de autorização formal aos respectivos Directores dos Serviços de Pediatria, no caso de âmbito hospitalar, e à Presidente da F.N.S.B.S., no que respeita à Consulta de Alergologia desta Fundação (ver Anexo 6). Aos respectivos Directores foi apresentado o projecto de investigação proposto, devidamente documentado, com a indicação dos objectivos pretendidos e a descrição resumida da metodologia a utilizar (ver Anexo 7), de forma a obter a autorização formal para proceder à recolha da amostra. Obtidas as referidas autorizações, deu-se início à investigação. A recolha dos dados decorreu sempre em contexto hospitalar, respectivamente nos dias em que ocorriam as consultas de Alergologia Pediátrica, no H.S.M. e na F.N.S.B.S., e a consulta de Pneumologia Pediátrica no H.G.O.

Assim, de acordo com o procedimento previamente estabelecido com os respectivos médicos responsáveis pelas consultas nestes departamentos, estabeleceu-se uma parceria de trabalho que permitiu levar a cabo esta investigação. Depois de os médicos terem identificado as crianças que correspondiam aos critérios de inclusão na amostra (em termos da sua idade e do quadro clínico, e de ser um caso de continuidade médica assistida - os casos de primeiras consultas eram excluídos), e após a consulta médica, os médicos ou outros técnicos de saúde¹ informavam os acompanhantes da criança (geralmente os pais), da investigação que estava a decorrer e pediam a sua colaboração e consentimento. Obtido este, que foi claramente facilitado pela boa colaboração dos serviços de saúde, com quem existia já da parte da família uma relação de confiança, os utentes eram encaminhados e apresentados às psicólogas que colaboraram na investigação, dando-se início ao processo de recolha de dados.

Este iniciava-se com uma explicação breve da investigação e dos objectivos da mesma, sendo entregue aos pais uma carta de apresentação da respectiva investigação,

¹ No Hospital Garcia de Orta, pelos médicos; no Hospital de Santa Maria pelas enfermeiras responsáveis pela consulta de triagem; e na Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso pela enfermeira responsável pela manutenção do serviço de consulta de alergologia.

onde lhes era ainda pedido o consentimento por escrito para que o seu filho pudesse participar (ver Anexo 8). Para além disso, naquele momento inicial de apresentação da investigação, também se pedia aos pais a sua colaboração no sentido de preencherem o "Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica" (ver Anexo 4), enquanto se aplicavam os outros instrumentos e se procedia à recolha de informação com os seus filhos. No que diz respeito ao preenchimento do "Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica", é necessário fazer a ressalva que, em quatro casos, não foi preenchido pelos pais das crianças, mas por outros familiares (em 3 casos as avós, e noutro o padrasto). No entanto, e de acordo com a informação recolhida, estes familiares sempre acompanharam o desenvolvimento das respectivas crianças, nomeadamente no que diz respeito aos aspectos relacionados com a sua saúde. No Quadro 11 encontra-se representada a distribuição correspondente ao familiar que respondeu ao "Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica".

Quadro 11- Familiar que responde ao "Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica"

Familiar	Frequência	Percentagem
1- mãe	22	68,8%
2 - pai	2	6,3%
3 - ambos	5	15,6%
4 - Avó	2	6,3%
5 - Padrasto	1	3,1%
Total	32	100%

A aplicação dos instrumentos às crianças com asma brônquica decorreu numa única sessão, que foi efectuada sempre individualmente com cada criança. De acordo com cada instituição e com a sua disponibilidade em termos de recursos físicos, as aplicações decorreram nas instalações do H.G.O., e da F.N.S.B.S em gabinetes individuais, que respeitavam os requisitos básicos de boas condições de privacidade. Em virtude da dificuldade de se poder utilizar um gabinete de consulta no H.S.M., a maioria das aplicações correspondentes às crianças desta Instituição decorreram nas instalações da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, em gabinetes individuais e que respeitavam igualmente todos os requisitos considerados essenciais para uma boa aplicação dos instrumentos. Neste último caso, e

após obtido o consentimento dos pais para participar na investigação, foi-lhes pedido que se dirigissem, de acordo com a sua disponibilidade às instalações da Faculdade de Psicologia, de modo a prosseguir com os objectivos de recolha de informação.

No processo de recolha de dados da amostra de crianças com asma brônquica, estiveram envolvidas, para além da autora, outras duas psicólogas clínicas. Antes de se dar início à recolha da amostra realizaram-se reuniões de trabalho onde ficaram estabelecidos a metodologia e os procedimentos a utilizar, de forma a uniformizar e estandardizar as condições de recolha de informação.

A sessão de recolha de informação foi sempre iniciada com o examinador e a criança sentados lado a lado (em alguns casos a criança encontrava-se do lado esquerdo do examinador, enquanto que em outros do lado direito, tomando em consideração o facto da criança ter uma lateralidade dextra ou esquerdina), frente a uma secretária ampla na qual se dispôs, de forma prévia, o material necessário à aplicação.

Antes de dar início à aplicação dos instrumentos, e de forma a facilitar a colaboração da criança, foi sempre estabelecida uma pequena conversa com a mesma (com uma duração variável entre os 10 a 15 minutos), no sentido de se explicar ainda melhor qual o motivo porque ela ali estava (poder conhecer melhor alguns aspectos relacionados com o seu problema de saúde e outros aspectos da sua vida), e onde se abordaram algumas questões relacionadas com a sua vida, a escola, os amigos e a família, a vinda da criança ao hospital, tendo-se igualmente salientado a importância da sua colaboração. Foi sempre assegurada a confidencialidade e sigilo em relação aos dados obtidos. Explicou-se-lhe ainda o procedimento de aplicação, quantas provas iria realizar e o tempo provável de duração da sessão. Esta conversa inicial teve como intuito proporcionar as condições favoráveis ao estabelecimento de uma relação que permitisse a realização das provas.

O primeiro instrumento a ser apresentado à criança foi a "Entrevista para as Crianças com Asma Brônquica". Explicou-se à criança que iriam ser feitas algumas perguntas acerca de si, sendo que o importante era que respondesse livremente e como soubesse, na medida em que não havia perguntas certas ou erradas e o objectivo era saber o que ela pensava sobre alguns assuntos, nomeadamente a sua opinião acerca de alguns aspectos relativos à asma brônquica, valorizando a importância das respostas e opinião de cada um.

O segundo instrumento introduzido foi a Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes de Susan Harter. Esta escala foi apresentada à criança através da leitura das instruções onde, desde logo, se identificava o tipo de objectivo proposto,

uma vez que era lido o título "Como É que Eu Sou", e era dito que se estava interessado em saber como é que a criança achava que era, sendo-lhe explicado que as questões às quais ela iria responder nesta tarefa diziam respeito à sua maneira de ser. Aquando a leitura das instruções mencionou-se o facto de não haver respostas certas, nem erradas, indicando-se que a criança teria de escolher uma alternativa, das duas apresentadas, com a qual mais se identificasse. De seguida, iniciou-se a prova com a leitura em voz alta do item de exemplificação ("Algumas crianças gostam de brincar na rua nos seus tempos livres" mas "Outras gostam mais de ficar em casa a ver televisão"). Depois, pediu-se à criança que escolhesse, das duas descrições, aquela que considerasse ter mais a ver consigo. Como atrás já foi referido, a tarefa de escolha encontra-se dividida em duas partes na medida em que, primeiro é pedido à criança que decida com qual das alternativas se identifica mais (por exemplo: "és mais parecido com as crianças da esquerda que preferem brincar na rua ou és mais parecido com as crianças da direita que preferem ver televisão?") e, posteriormente, e após ter decidido qual o tipo de criança mais parecido consigo, a criança deveria escolher se isso é mais ou menos verdade para si ("Sou um bocadinho assim") ou se considera que é exactamente assim ("Sou tal e qual assim"). Foi devidamente salientado o aspecto da criança só poder assinalar, em cada item apresentado, uma das quatro alternativas.

Depois da apresentação do item exemplo, era perguntado à criança se preferia ser ela a ler os itens e a assinalar as respostas, ou se preferia que fosse o psicólogo a ler. De acordo com o seu desejo, assim decorria a prova, sendo importante ressaltar que, mesmo quando a criança decidia ser ela a ler os itens que compõem a prova, teria sempre de o fazer em voz alta, de modo a que o examinador pudesse acompanhar a realização da prova e pudesse perceber a existência de dúvidas ou questões acerca da mesma.

O terceiro e último instrumento a ser aplicado foi a Prova "Era uma vez..." de Teresa Fagulha. O examinador introduziu esta prova com o Cartão E (Carnaval), explicando à criança que se pretendia que ela ajudasse a completar uma história de quadradinhos que lhe era apresentada e que se encontrava incompleta. Assim, colocou-se o cartão da história à frente da criança e descreveram-se as três cenas que o constituem, tomando sempre como referência as instruções específicas apresentadas no manual da prova. Seguidamente, dispuseram-se as nove cenas respeitantes ao cartão à direita da criança e pediu-se-lhe que ela escolhesse três cenas, entre as nove apresentadas, para continuar a história. Depois da criança ter escolhido e disposto as três cenas para dar continuidade ao episódio retratado no Cartão história, registou-se o

número correspondente a cada uma das três cenas que a criança escolheu e colocou em cada uma das três posições da sequência. Retiraram-se as restantes seis cenas não utilizadas. O examinador repetiu a descrição do cartão e pediu à criança que contasse a história que tinha acabado de organizar e de construir, através da escolha por si efectuada das cenas e da sua colocação em sequência. A história que a criança narrou foi registada pelo examinador. Após a criança ter terminado a narrativa, foi-lhe apresentada a cena 10. Esta foi colocada logo a seguir às cenas escolhidas pela criança e foi descrita de acordo com as instruções do manual da prova. Depois da exemplificação através do Cartão E, transitou-se para a situação de prova, onde se utilizaram exactamente os mesmos procedimentos para os restantes sete Cartões-Estímulo apresentados. Terminada a apresentação dos oito Cartões, retirou-se todo o material da prova utilizado e apresentou-se à criança o Cartão FIM (Retrato do/a Menino/a), o qual corresponde ao retrato da personagem principal. Pediu-se à criança que desse um nome a esta personagem e dissesse qual a história que tinha gostado mais e qual tinha gostado menos, dando-lhe oportunidade para falar livremente sobre a situação. Mesmo no final, a criança era convidada a inventar uma outra história que pudesse ter acontecido à personagem principal.

A seguir à aplicação dos três instrumentos, dava-se por concluída a sessão de aplicação e, no final, conversava-se com a criança acerca das actividades e dos "jogos" que tinha realizado. Antes de se dar por finalizado o encontro, perguntava-se ainda se ela gostaria de fazer um desenho livre antes de se ir embora. Caso manifestasse o desejo de realizar o desenho, a sessão prolongava-se mais um pouco. Se a criança não quisesse desenhar, dava-se então por terminada a sessão, agradecendo a sua colaboração. As sessões realizadas tiveram a duração média de 90 minutos.

Após a sessão com a criança, o psicólogo acompanhava-a até aos responsáveis pela mesma (geralmente os pais), com quem conversava um pouco e esclarecia quaisquer dúvidas ou dificuldades que pudessem ter surgido quando do preenchimento do questionário que lhes tinha sido previamente entregue, de modo a assegurar que as respostas fornecidas no questionário espelhassem o melhor entendimento possível dos seus itens. Foi-lhes também agradecida a colaboração e cooperação no trabalho de investigação.

Para além da recolha do questionário junto dos pais, no final da aplicação das provas, também se procedia à recolha do "Questionário para o Técnico de Saúde" junto do técnico responsável pelo caso, que tinha sido previamente entregue logo após a finalização da consulta médica, e do consentimento dado pelos pais e pela criança em

colaborar no estudo proposto. Do mesmo modo, aquando a recolha destes questionários era averiguada a existência, ou não, de dúvidas por parte do técnico de saúde no preenchimento do questionário, para que as respostas dadas ao mesmo resultassem do perfeito entendimento do sentido dos itens expostos.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos pelas crianças relativamente a cada uma das variáveis estudadas, nomeadamente o auto-conceito e as estratégias de elaboração de ansiedade. Em seguida, são apresentados os resultados descritivos relativos às respostas dadas pela criança à "Entrevista para Crianças com Asma Brônquica", assim como pelos pais no "Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica", e pelos técnicos de saúde no "Questionário para o Técnico de Saúde".

1. AUTO-CONCEITO

Os valores correspondentes aos resultados da escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes de Susan Harter (1985), são apresentados por ano de escolaridade, de forma a se proceder à comparação com os dados existentes para a população portuguesa, apresentados por Peixoto e Mata (1993) e por Martins, Peixoto, Mata e Monteiro (1995). Apresentar-se-ão, assim, as médias e os desvios-padrão da amostra, referentes aos vários domínios avaliados, das crianças do 3º ano de escolaridade (com idades compreendidas entre os 8 e 9 anos), do 4º ano de escolaridade (com idades compreendidas entre os 8 e 10 anos), do 5º ano de escolaridade (com idades compreendidas entre os 10 e 11 anos) e do 6º ano de escolaridade (crianças com 11 anos), sempre em comparação com os valores correspondentes da amostra estudada por Peixoto e Mata (1993). As informações relativas às médias e aos desvios-padrão das crianças da população portuguesa foram gentilmente cedidos por F. Peixoto (dados não publicados). Em cada um dos quadros, a coluna da direita corresponde à análise estatística da diferença entre as médias dos 2 grupos - o das crianças com asma brônquica e o grupo normativo estudado por Peixoto e Mata (1993) - para a qual se utilizou o teste de igualdade de médias, *t* de student.

No Quadro 12 apresentam-se as médias e desvio-padrão da amostra, referentes aos vários domínios avaliados, das crianças da amostra no 3º ano de escolaridade, e as médias e desvio-padrão do estudo de normas igualmente referentes ao 3º ano de escolaridade.

Quadro 12 – Médias e desvios-padrão dos valores totais obtidos no Perfil de Auto-Percepção pelas crianças do 3ºano, em comparação com os dados normativos cedidos por F. Peixoto (não publicado).

3º ano - Perfil de Auto-Percepção

Crianças com Asma Brônquica N=7			Amostra do estudo normativo N= 109		Estatísticas			
Domínio	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	t	g.l.	p bilateral	Sig.
Competência Escolar	2,79	0,57	2,91	0,55	-0,580	6	0,583	n.s.
Aceitação Social	2,95	0,95	2,98	0,57	-0,077	6	0,941	n.s.
Competência Atlética	2,52	0,77	2,72	0,60	-0,677	6	0,523	n.s.
Aparência Física	3,45	0,61	3,10	0,66	1,537	6	0,175	n.s.
Atitude Comportamental	2,74	0,38	3,00	0,58	-1,808	6	0,121	n.s.
Auto-Estima Global	3,45	0,69	3,13	0,58	1,245	6	0,260	n.s.

n.s. - Não se verificam diferenças estatisticamente significativas

Como se pode constatar a partir dos resultados apresentados no Quadro 12, não se verificam diferenças significativas em nenhum dos domínios contemplados na comparação da amostra com os dados fornecidos pelos autores do estudo normativo da escala. Conclui-se pois que não se constata diferenças assinaláveis entre os resultados das crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 9 anos (3º ano) da amostra recolhida e os da população estudada.

No Quadro 13 apresentam-se os mesmos dados relativos às crianças que frequentam o 4º ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos.

Quadro 13 - Médias e desvios-padrão dos valores totais obtidos no Perfil de Auto-Percepção pelas crianças do 4ºano, em comparação com os dados normativos cedidos por F. Peixoto (não publicado).

4º ano - Perfil de Auto-Percepção

Crianças com Asma Brônquica N = 10			Amostra do estudo normativo N = 118		Estatísticas			
Domínio	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	t	g.l.	p bilateral	Sig.
Competência Escolar	3,12	0,68	2,79	0,60	1,528	9	0,161	n.s.
Aceitação Social	3,23	0,46	3,05	0,54	1,262	9	0,239	n.s.

Competência Atlética	2,83	0,59	2,74	0,67	0,498	9	0,631	n.s.
Aparência Física	3,32	0,45	3,08	0,68	1,647	9	0,134	n.s.
Atitude Comportamental	3,17	0,53	2,94	0,59	1,345	9	0,211	n.s.
Auto-Estima Global	3,68	0,27	3,19	0,57	5,868	9	0,000	**

n.s. - Não se verificam diferenças estatisticamente significativas

** - diferença estatisticamente significativa ($p < 0.01$)

De acordo com o descrito no quadro acima apresentado, verifica-se uma diferença bastante significativa a nível do domínio da Auto-Estima Global, apresentando as crianças com asma brônquica uma Auto-Estima Global significativamente superior à apresentada pela amostra utilizada no estudo da escala.

Quanto aos resultados apresentados pelas crianças que frequentam o 5º ano, os quais se encontram apresentados no Quadro 14, constata-se que existem diferenças de resultados em diversos domínios, na comparação com as crianças da população estudada.

Quadro 14 - Médias e desvios-padrão dos valores totais obtidos no Perfil de Auto-Percepção pelas crianças do 5ºano, em comparação com os dados normativos cedidos por F. Peixoto (não publicado).

5º ano - Perfil de Auto-Percepção								
Crianças com Asma Brônquica (N=7)			Amostra do estudo normativo (N = 174)		Estatísticas			
Domínio	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	t	g.l.	p bilateral	Sig.
Competência Escolar	3,14	0,48	2,44	0,59	3,910	6	0,008	**
Aceitação Social	3,17	0,47	2,68	0,62	2,731	6	0,034	*
Competência Atlética	2,64	0,60	2,50	0,60	0,626	6	0,555	n.s.
Aparência Física	3,29	0,52	2,92	0,74	1,845	6	0,115	n.s.
Atitude Comportamental	3,33	0,50	2,95	0,64	2,028	6	0,089	n.s.
Auto-Estima Global	3,69	0,33	3,07	0,57	5,046	6	0,002	**

n.s. - Não se verificam diferenças estatisticamente significativas

* - diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$)

** - diferença estatisticamente significativa ($p < 0.01$)

De forma mais discriminativa, observa-se que as crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 11 anos com diagnóstico de asma brônquica apresentam valores significativamente muito elevados quanto aos domínios de Competência Escolar e Auto-Estima Global, e significativamente elevados quanto ao domínio de Aceitação Social em comparação com os valores verificados para a população estudada.

No que diz respeito aos resultados apresentados pelas crianças que frequentam o 6º ano, apresentados no Quadro 15, verifica-se que não existem diferenças de resultados nos diversos domínios, em comparação com as crianças da população estudada.

Quadro 15 - Médias e desvios-padrão dos valores totais obtidos no Perfil de Auto-Percepção pelas crianças do 6ºano, em comparação com os dados normativos cedidos por F. Peixoto (não publicado).

6º ano - Perfil de Auto-Percepção								
	Crianças com Asma Brônquica (N=8)		Amostra do estudo normativo (N = 185)		Estatísticas			
Domínio	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	t	g.l.	P bilateral	Sig.
Competência Escolar	2,69	0,60	2,69	0,59	-0,012	7	0,991	n.s.
Aceitação Social	3,04	0,48	2,93	0,60	0,661	7	0,530	n.s.
Competência Atléticoa	2,46	0,57	2,61	0,70	-0,754	7	0,475	n.s.
Aparência Física	2,94	0,58	2,88	0,72	0,279	7	0,789	n.s.
Atitude Comportamental	2,96	0,61	2,98	0,57	-0,101	7	0,923	n.s.
Auto-Estima Global	3,50	0,43	3,15	0,53	2,317	7	0,054	n.s.

n.s. - Não se verificam diferenças estatisticamente significativas

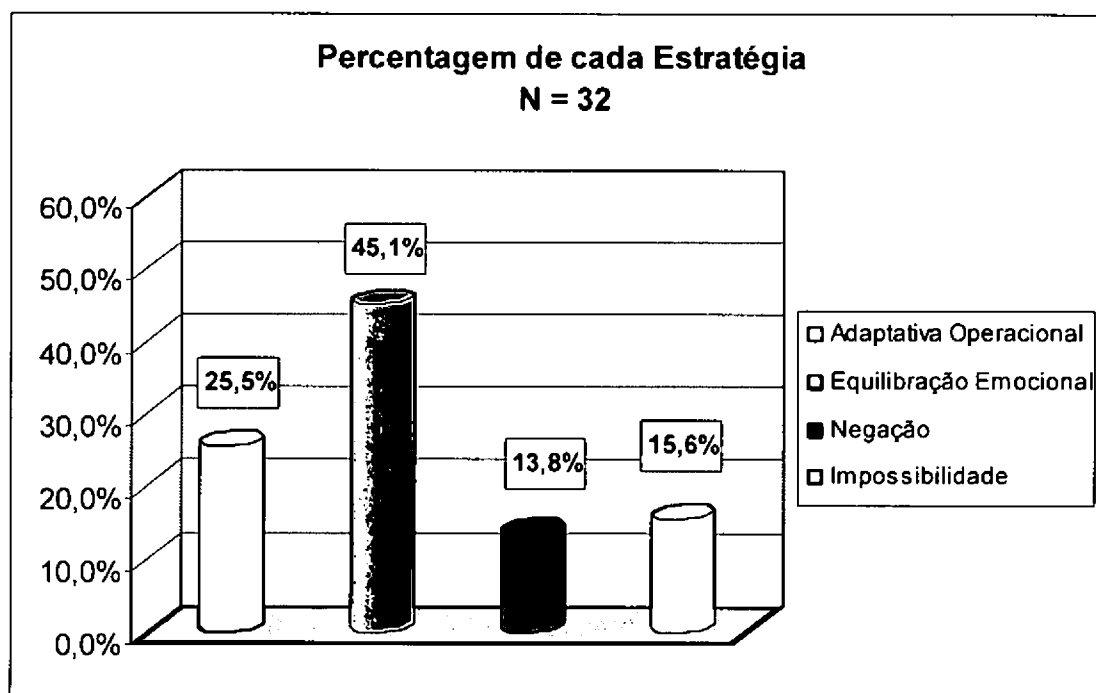
Estes resultados obtidos pelas crianças da amostra de 11 anos, demonstram não haver diferenças significativas a assinalar entre estas crianças em comparação com as da amostra utilizada no estudo da escala.

2. ESTRATÉGIAS DE ELABORAÇÃO DA ANSIEDADE

Quanto à análise dos dados obtidos com a prova projectiva "Era uma vez...", esta foi realizada no sentido de se analisarem as respostas dadas pelas crianças às histórias que compõem a prova, de acordo com a sua idade, e em comparação com os dados da investigação de Pires (2001), realizada com crianças entre os 6 e os 10 anos, sem problemas psicológicos identificados.

Numa primeira abordagem, no Gráfico 1 encontra-se representada a percentagem de utilização de cada uma das estratégias de elaboração da ansiedade na amostra de crianças com asma brônquica.

Gráfico 1 - Percentagem de ocorrência das estratégias de elaboração da ansiedade na amostra



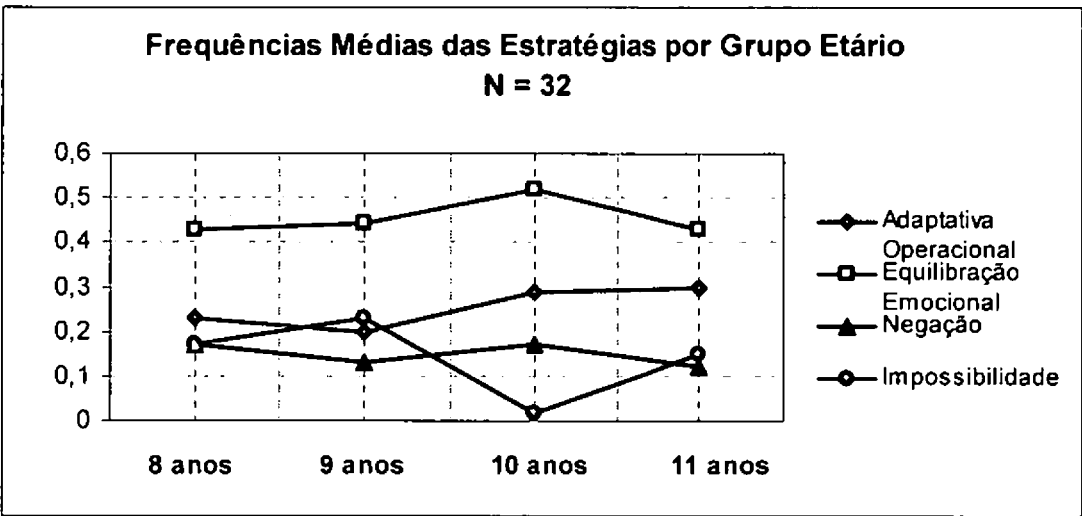
Neste grupo de crianças com asma brônquica, que constitui a amostra em estudo, verifica-se que a utilização da Estratégia com Equilíbrio Emocional (45,1%) é predominante. Constatase que a segunda estratégia de elaboração da ansiedade mais utilizada é a Estratégia Adaptativa Operacional (25,5%). As estratégias de Impossibilidade (15,6%) e de Negação (13,8%) são as estratégias menos utilizadas, sendo que demonstram ter uma expressividade semelhante na caracterização das respostas da amostra em estudo.

De uma forma global, estes dados vão ao encontro daqueles documentados por Pires (2001), tomando em consideração os resultados referentes ao grupo de crianças sem

problemas psicológicos identificados. Também nesta amostra de crianças com asma brônquica a utilização de Estratégias com Equilibração Emocional é a predominante. Não obstante, como segunda estratégia neste estudo surge a Adaptativa Operacional, enquanto que nos dados fornecidos por Pires (2001), a Impossibilidade de resolver a situação proposta no cartão surge como a segunda modalidade mais utilizada. Quanto à Negação, esta é também uma das modalidades que aparece de forma menos expressiva nos resultados globais, em ambos os estudos.

De acordo com os dados apresentados no Gráfico 2, que descreve a evolução de cada uma das estratégias de elaboração da ansiedade em função da idade, constata-se um aumento progressivo do uso das estratégias mais adaptativas com a idade. Parece então que, de acordo com o desenvolvimento, a criança se vai tornando mais capaz de fazer o reconhecimento das emoções e de elaborar, de uma forma adaptativa, as variadas e diferentes experiências emocionais com as quais se vai deparando.

Gráfico 2 - Evolução das estratégias de elaboração da ansiedade com a idade



Posto isto, constata-se um aumento das estratégias mais adaptativas, nomeadamente a Estratégia com Equilibração Emocional e a Estratégia Adaptativa Operacional, enquanto que se verifica uma diminuição das modalidades consideradas como mais ineficazes para lidar com as emoções, ou seja, a Negação e a Impossibilidade. Os dados obtidos na amostra de crianças com asma brônquica vão no sentido dos encontrados por Pires (2001), em crianças pertencentes ao grupo sem problemas psicológicos identificados.

Ao analisar mais detalhadamente os dados, verifica-se um aumento da utilização das Estratégias com Equilibração Emocional nas crianças mais velhas, que ocorre simultaneamente com a diminuição das respostas que indicam a Impossibilidade de

resolução adaptativa da situação. Para além destas evidências, também o recurso a Estratégias Adaptativas Operacionais sofre um aumento com a idade, assistindo-se a uma diminuição da Negação com o desenvolvimento. Estes dados constatados apresentados por faixa etária, encontram-se por sua vez sustentados, de forma bastante semelhante, através do suporte empírico fornecido por Pires (2001).

É evidente que a Estratégia com Equilibração Emocional tem uma predominância significativa em todos os grupos etários, nomeadamente sobre a Estratégia Adaptativa Operacional. De acordo com Pires (2001), esta estratégia mais predominante foi conceptualizada e operacionalizada como sendo uma modalidade flexível, rica e complexa de resolução da situação. A utilização desta estratégia traduz um movimento interno de reconhecimento da ansiedade, permitindo que o recurso à fantasia seja utilizada para equilibrar a experiência tida como dolorosa, de uma maneira flexível e criativa (Pires e Fagulha, 2003/2004).

Através dos dados apresentados no Quadro 16, que dizem respeito às correlações entre as diferentes estratégias de elaboração da ansiedade já mencionadas, pode-se constatar a existência efectiva de uma correlação negativa, altamente significativa, entre a Impossibilidade e a Estratégia com Equilibração Emocional, assim como se verificam correlações negativas significativas entre a Negação com a Estratégia Adaptativa Operacional e com a Estratégia com Equilibração Emocional. Os resultados constatados vão ao encontro dos descritos ao nível das frequências médias das estratégias por idade, apresentados no Gráfico 2, onde se destacam as Estratégias com Equilibração Emocional / Impossibilidade / Negação, como tendo uma evolução e crescimento inversamente proporcionais de acordo com o aumento da idade, assim como acontece com a Estratégia Adaptativa Operacional e a Negação que, do mesmo modo, apresentam uma evolução contrastante.

Quadro 16 - Correlações entre as quatro Estratégias de Elaboração da Ansiedade no grupo de crianças asmáticas (N=32)

Estratégias de Elaboração da Ansiedade	Impossibilidade	Negação	Adaptativa Operacional	Equilibração Emocional
Impossibilidade	1,00	-,139	-,303	-,539**
Negação	-,139	1,00	-,373*	-,355*
Adaptativa Operacional	-,303	-,373*	1,00	-,214
Equilibração Emocional	-,539**	-,355*	-,214	1,00

* - correlação estatisticamente significativa ($p<0.05$)

** - correlação estatisticamente significativa ($p<0.01$)

Após esta análise global apresentarei, para cada um dos cartões, as percentagens de cada uma das estratégias de elaboração da ansiedade na amostra em estudo, por nível etário, comparando-as com o estudo de Pires (2001).

O Cartão I é representativo de uma situação em que a personagem, que passeia com a mãe, fica sozinha e perdida. Como já antes foi sumariamente referido, este episódio/história apresentada à criança pretende averiguar o modo como a ela lida com a ansiedade de separação que esta situação evoca, procurando-se compreender e avaliar o quanto ela pode confiar nas suas capacidades para encontrar uma solução que se possa considerar adequada e adaptada à realidade.

O Gráfico 3 apresenta as percentagens de cada estratégia utilizada pelo total das crianças da amostra no Cartão I. Tomando em consideração as percentagens apresentadas no Gráfico 3, consta-se que a maioria das crianças deu respostas que revelam o recurso a uma Estratégia Adaptativa Operacional, sendo que as estratégias menos utilizadas para fazer frente à situação emocional proposta no Cartão I são as Estratégia com Equilibração Emocional, fazendo-se seguir pela Negação e Impossibilidade.

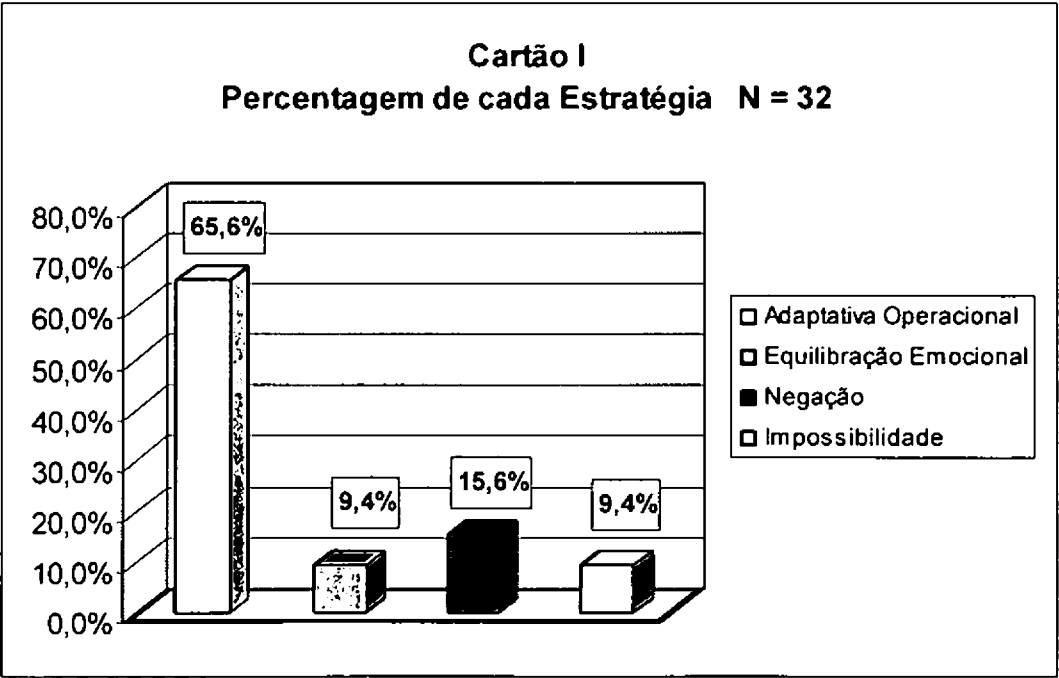


Gráfico 3

O Gráfico 4 apresenta a evolução de cada uma das estratégias de elaboração da ansiedade em função dos quatro grupos etários contemplados na amostra.

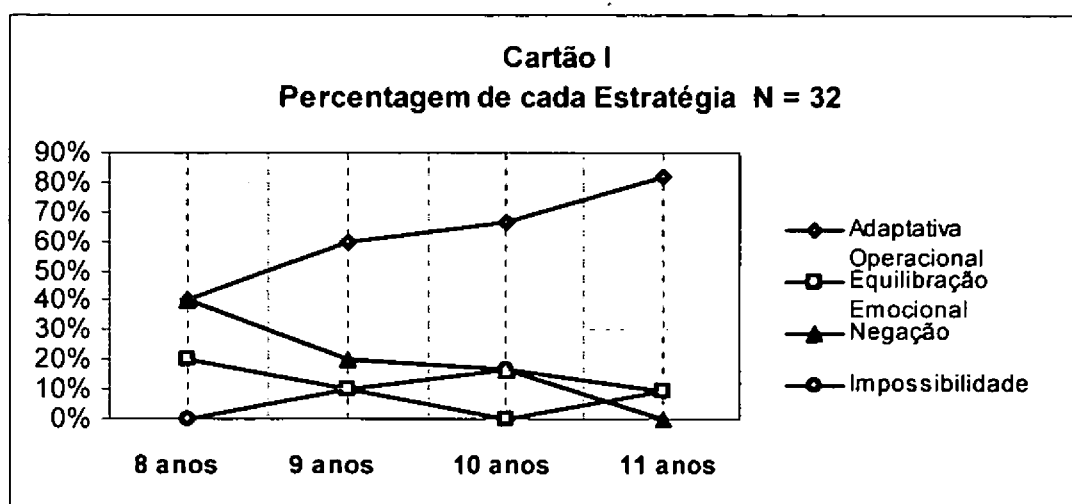


Gráfico 4

A partir da leitura deste gráfico constata-se que a Estratégia Adaptativa Operacional se evidencia como sendo a mais utilizada na resolução emocional do episódio proposto por este cartão a partir dos 9 anos de idade, sendo o recurso mais utilizado pelas crianças de 9, 10 e 11 anos. A utilização de Estratégias Adaptativas Operacionais traduz um movimento interno de reconhecimento da ansiedade representada naquele cartão, assim como a tentativa de resolução da situação ansiogénea através do recurso a estratégias que implicam acção. Estas estratégias representam modalidades factuais que implicam a resolução da situação, sendo que se pressupõe o reconhecimento da realidade crítica ou da aflição, fazendo-se seguir pela solução da realidade, o que demonstra a capacidade da criança de poder enfrentar e resolver a situação problemática apresentada na história (Pires, 2001; Pires e Fagulha, 2003/2004).

O recurso à Negação tende a diminuir consideravelmente com o aumento progressivo da idade, constatando-se um padrão semelhante no recurso à Estratégia com Equilibração Emocional. O recurso à Impossibilidade tende a ser mais utilizado nas crianças com mais idade.

Tal como Pires (2001) constatou no seu estudo com um grupo de crianças sem problemas psicológicos identificados, também neste caso sobressai que o recurso a Estratégias Adaptativas Operacionais tende a aumentar com a idade, enquanto que as soluções que revelam uma Impossibilidade de fazer face à situação, a Negação de aspectos dolorosos implicados no episódio, assim como as Estratégias com Equilibração Emocional, revelam uma tendência para diminuir com o desenvolvimento.

O Cartão II representa uma situação em que a personagem está doente e necessita da prestação de cuidados médicos. A temática apresentada neste cartão confronta a criança com ansiedades despertadas pelo medo da perda da integridade física, ou eventualmente, até

mesmo da própria vida, medo do sofrimento físico implicado na situação de doença, e até mesmo medo da separação das figuras de referência, o qual pode ser figurado, por exemplo, através de um internamento. A partir das percentagens apresentadas no gráfico 5 verifica-se que a estratégia mais utilizada pelas crianças com asma brônquica é a Estratégia com Equilíbrio Emocional, fazendo-se logo seguir pela Impossibilidade. As outras estratégias contempladas, nomeadamente a Negação e por último a Estratégia Adaptativa Operacional, são aquelas onde se assiste a uma menor utilização por parte das crianças, para fazer face à problemática despertada pelo cartão.

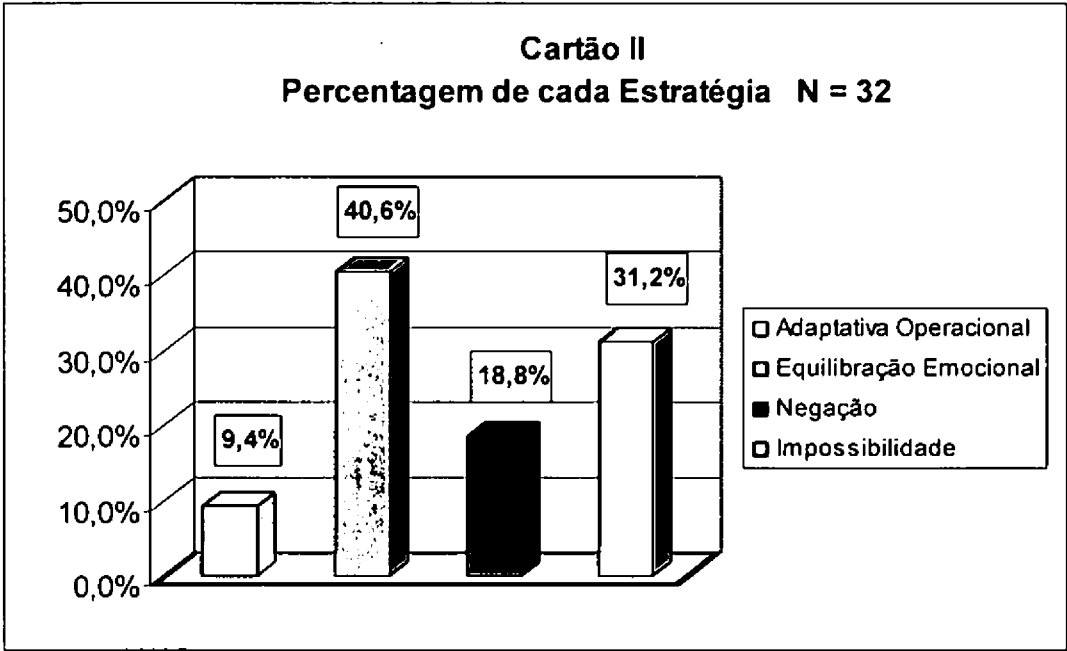


Gráfico 5

Repare-se que as respostas que evocam Estratégias com Equilíbrio Emocional, são aquelas que envolvem o reconhecimento por parte da criança da aflição que é suscitada pela situação ou da realidade que se associa à mesma, sendo que com recurso à fantasia, estas conseguem encontrar uma resolução adaptativa da situação.

Como segunda estratégia mais utilizada, surge a Impossibilidade. Esta estratégia corresponde a uma elaboração da ansiedade desencadeada e despertada pela situação apresentada no cartão, que falha na possibilidade de conduzir a uma solução adaptativa (Pires, 2001; Pires & Fagulha, 2003/2004). Tomando em consideração a temática deste cartão que remete para uma situação ansiogénica onde a resolução do problema proposto, que é a situação de doença, se encontra fora das possibilidades de controlo da criança, a Impossibilidade de encontrar uma solução viável e adequada para fazer face à situação crítica proposta nesta história, surge logo em seguida à utilização de uma estratégia mais elaborada. Também a estratégia de Negação, surge em seguida à de Impossibilidade.

É importante ter em linha de conta que, dependendo das experiências pessoais que cada criança possui e vivencia, a situação de estar doente pode ainda ser potencializadora da evocação de uma maior proximidade das figuras parentais e despertar o sentimento de se ser cuidado. Na medida em que se está a estudar uma amostra de crianças diagnosticadas com uma doença considerada crónica, sendo que já experimentaram o estado de estarem doentes fisicamente, os indicadores fornecidos pelas respostas a este cartão parecem dizer-nos que a maior parte das crianças desta amostra consegue lidar com a situação de uma maneira mais adaptativa. Ou seja, no caso desta situação em particular, há evidências que apontam no sentido destas crianças aceitarem a realidade dolorosa associada ao estado de doença e ao facto de estarem doentes e de cooperarem com o tratamento, recorrendo para isso a Estratégias com Equilibração Emocional.

De forma inversamente proporcional, os dados encontrados por Pires (2001) apontam para uma maior utilização da Impossibilidade, fazendo-se seguir logo pela Estratégia com Equilibração Emocional. Não obstante, também as estratégias com menor incidência de utilização enquanto modalidades de confronto com a situação ilustrada por este cartão são a Negação e a Estratégia Adaptativa Operacional.

No Gráfico 6 apresenta-se a evolução de cada uma das estratégias de elaboração da ansiedade em função dos quatro grupos etários contemplados na amostra.

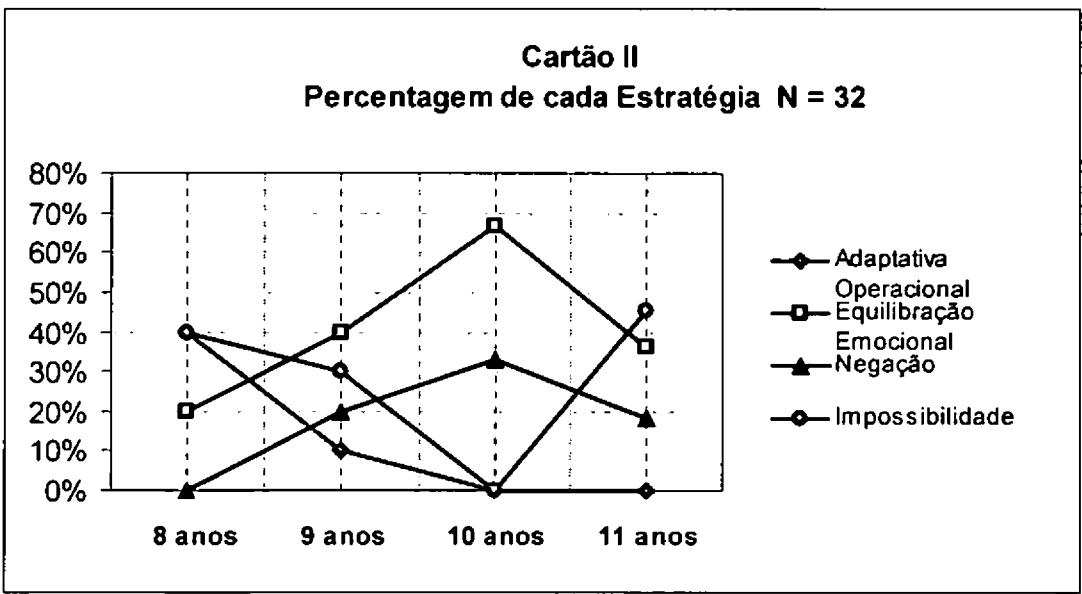


Gráfico 6

A análise dos resultados permite constatar que a Estratégia com Equilibração Emocional tende a sofrer uma evolução acentuada dos 8 para os 10 anos, sendo a mais utilizada nesta faixa etária, e predominante entre os 9 e 10 anos de idade. Não obstante, nos 11 anos a estratégia mais utilizada passa a ser a Impossibilidade, fazendo-se logo seguir pela Estratégia com Equilibração Emocional. Assiste-se também a um decréscimo contínuo da

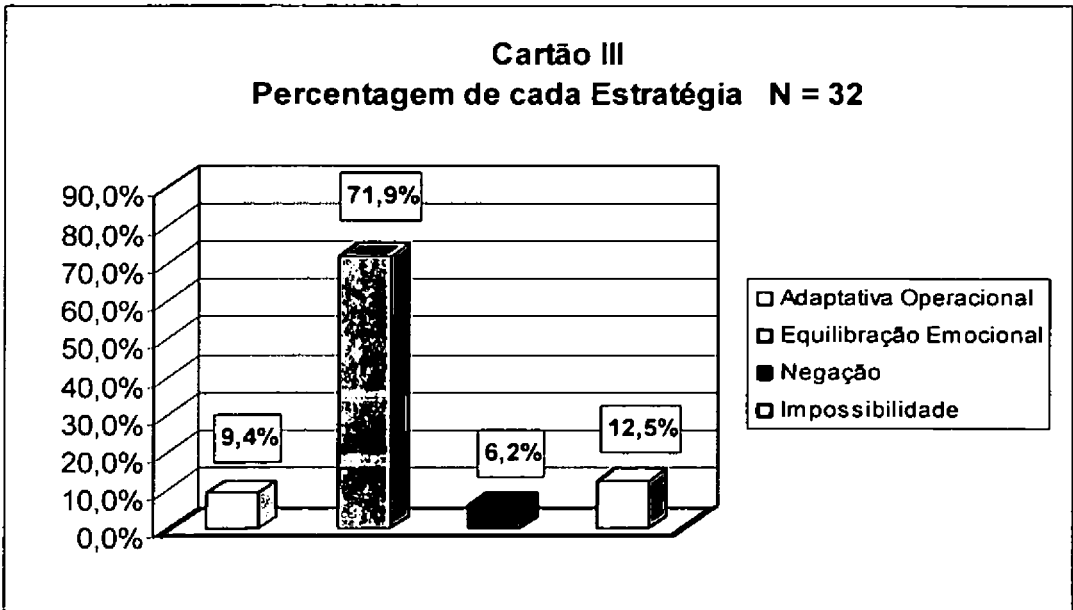
utilização da Estratégia Adaptativa Operacional desde os 8 anos até aos 10 e 11 anos, onde não se registam sequer utilizações deste tipo de estratégia, enquanto que a utilização da Negação tem uma evolução exactamente inversa. Quer isto dizer que aos 8 anos não se assiste à utilização desta estratégia, mas entre os 9 e os 11 anos, constata-se um aumento da utilização deste tipo de modalidade de confronto com a situação.

Em termos de evolução de utilização das estratégias, também Pires (2001) constata que a Equilibração Emocional se apresenta como a estratégia dominante nas crianças pertencentes aos grupos etários dos 9 e 10 anos. Assim como a Impossibilidade de resolver a situação crítica proposta no cartão surge como sendo mais característica das respostas das crianças mais novas.

Assim, pode-se resumir que, de um modo geral, com o desenvolvimento e o crescimento da criança, assiste-se a um aumento progressivo do recurso a estratégias que envolvem a Equilibração Emocional, enquanto que a Impossibilidade de resolver a situação crítica e ansiogénea apresentada, a Negação da mesma e a utilização de Estratégias Adaptativas Operacionais, são modalidades e soluções que tendem a diminuir com a evolução e maturidade. Estes dados vão também ao encontro daqueles encontrados por Pires (2001).

No Cartão III, onde se encontra representado um passeio à praia que envolve a personagem e os pais, a partir do qual se pretendem avaliar aspectos da reacção das crianças face à expectativa de convívio com os pares, em conjunto com a imagem da presença protectora dos pais, constatarem-se os seguintes dados, apresentados no Gráfico 7.

Gráfico 7 - Percentagem de cada Estratégia de Elaboração da Ansiedade no Cartão III



Notoriamente, e de forma amplamente maioritária, as crianças com asma brônquica tendem a utilizar Estratégias com Equilíbrio Emocional no que diz respeito à resolução da situação proposta neste cartão. Somente uma percentagem menos significativa utiliza a Impossibilidade, fazendo-se seguir pela Estratégia Adaptativa Operacional e por fim, a Negação.

Sabe-se que o Cartão III, que representa uma ida à praia, constitui, de forma geral, um acontecimento tido como agradável e prazeroso para a maioria das crianças. O episódio retratado neste cartão permite a possibilidade da criança conviver com outros meninos. Sabe-se também que, embora este cartão remeta directamente para vivências de prazer e agradáveis, não significa que não possa deixar de evocar algum conflito entre o desejo de se aproximar dos pares e o receio de ser rejeitado, o que remete para a ambivalência. Não obstante este aspecto crítico, a que se assiste especialmente em crianças mais jovens, e o qual foi confirmado por alguns estudos realizados com a prova (Fagulha, 1992, 1997, cit. por Pires, 2001), com o processo de desenvolvimento e maturidade, assim como com o aumento das experiências de vida e especialmente, experiências sociais e interrelacionais, pensa-se que a possibilidade de convívio vai deixando de se tornar tão ameaçadora e criadora de angústia.

Deste modo, e de acordo com as respostas fornecidas pelas crianças da amostra, que se enquadram maioritariamente nas Estratégias com Equilíbrio Emocional, estas respostas dadas vão permitir perceber que, para as crianças em questão neste estudo, a possibilidade deste convívio é vista e sentida como agradável, e não tanto como ameaçadora.

Apontando no mesmo sentido, Pires (2001) constatou que as estratégias mais utilizadas no Cartão III eram efectivamente as Estratégias com Equilíbrio Emocional, fazendo-se seguir pelas de Impossibilidade. No entanto, nos dados por si conseguidos, a diferença de utilização destas duas estratégias é pouco acentuada, não se assiste a uma discrepância tão significativa como aquela que se encontra nas crianças com asma brônquica. As duas estratégias menos utilizadas e com menor proporção na sua amostra são também a Negação, em 3º lugar e, por último, a Estratégia Adaptativa Operacional.

Ao olhar para os dados fornecidos pelo Gráfico 8, que diz respeito à evolução de cada uma das estratégias de elaboração da ansiedade com a idade, é evidente que em todas as faixas etárias contempladas, a Estratégia com Equilíbrio Emocional é a mais utilizada.

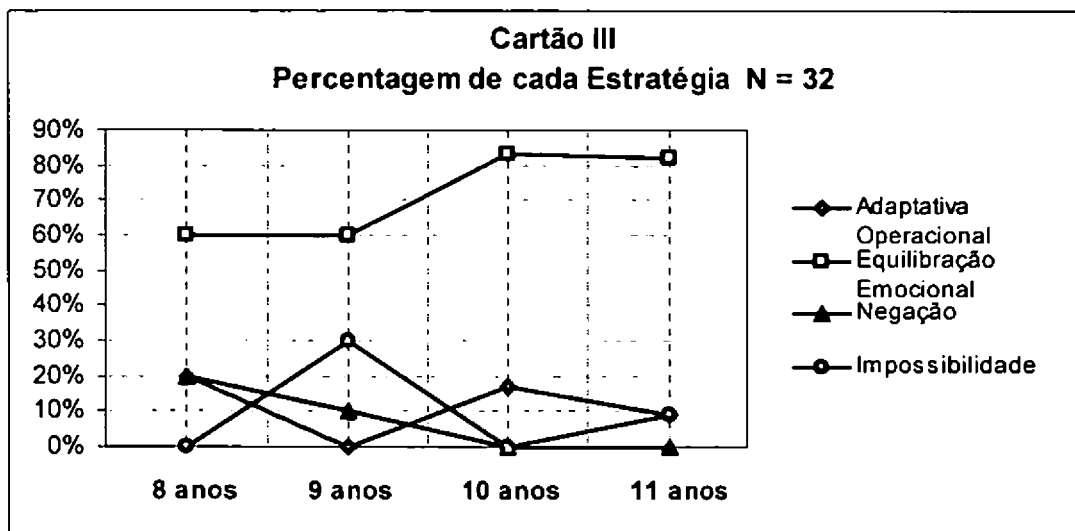


Gráfico 8

Constata-se que a Negação tende, com a maturidade, a ser a estratégia menos utilizada e contemplada na resolução da situação proposta, havendo algumas oscilações no uso das outras modalidades de confronto com a situação que implicam a Impossibilidade e a Estratégia Adaptativa Operacional.

Relativamente à Impossibilidade, esta é a segunda estratégia mais utilizada pelas crianças de 9 anos, revelando tendência a ser menos utilizada conforme a evolução da idade. De forma paralela, quando se observa a utilização de Estratégias Adaptativas Operacionais, verifica-se um decréscimo na idade dos 9 anos, e um aumento progressivo nas idades posteriores.

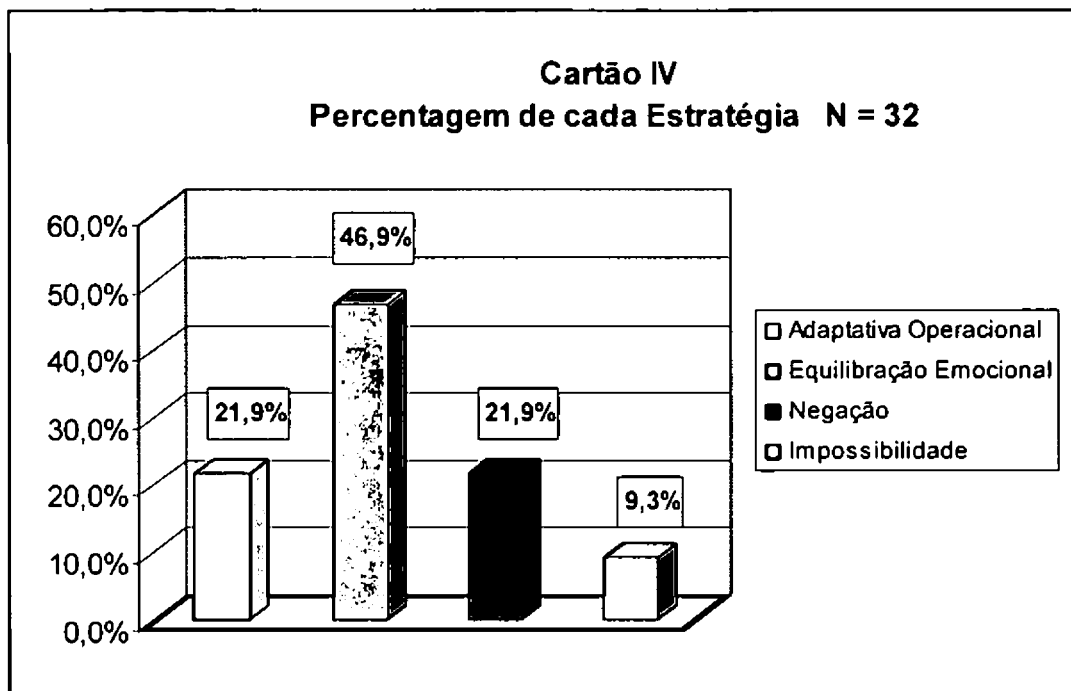
A partir da análise destes dados que retratam a evolução das estratégias de elaboração da ansiedade face ao Cartão III, quando em comparação com os fornecidos por Pires (2001), vão constatar-se algumas diferenças, tal como já vinham a ser apontadas na análise das percentagens de utilização das estratégias. Por exemplo, a nível da utilização da Negação, a autora verifica que embora haja uma tendência de diminuição com a idade, esta assume uma maior expressividade na faixa etária dos 9 anos, o que não se verifica a partir dos dados estudados com as crianças com asma brônquica.

Não obstante, também a autora verificou que a possibilidade de recorrer a Estratégias com Equilíbrio Emocional se encontra presente, de forma preferencial, nas respostas das crianças mais velhas.

Do mesmo modo, a utilização da Negação e das Estratégias Adaptativas Operacionais encontram uma expressividade mais baixa em todas as idades, mas tal como também se constatou nas crianças com asma brônquica, o recurso a este último tipo de estratégias tende a aumentar, de forma ligeira, com a idade.

O Cartão IV apresenta uma situação em que a personagem acorda a meio da noite com um pesadelo, sendo que o medo do escuro, os terrores nocturnos e os pesadelos constituem experiências ansiogêneas frequentes e comuns no desenvolvimento infantil. O Gráfico 9 apresenta as estratégias utilizadas pelas crianças da amostra.

Gráfico 9 - Percentagem de cada Estratégia de Elaboração da Ansiedade no Cartão IV

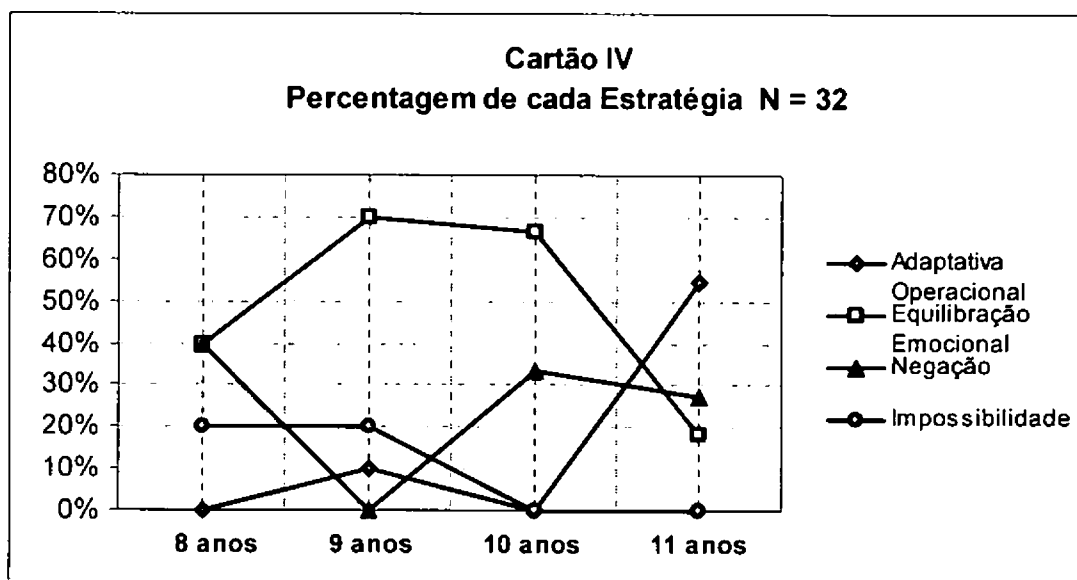


A partir da análise do Gráfico 9, verifica-se que a maior parte das crianças da amostra utilizam Estratégias com Equilíbrio Emocional, enquanto modalidade de confronto com a situação apresentada. Não obstante, e ocupando exactamente a mesma proporção de utilização, encontram-se as Estratégias Adaptativas Operacionais e a Negação. Por último, a estratégia menos utilizada é a Impossibilidade.

Tal como Pires (2001) constatou, as crianças sem problemas psicológicos identificados recorrem, de modo preferencial, a Estratégias com Equilíbrio Emocional para fazer face à situação. No entanto, a segunda estratégia que surge de forma mais significativa e representativa é a Adaptativa Operacional, sendo que a Impossibilidade e a Negação tomam frequências menores. Na amostra de crianças com asma brônquica, viu-se que tanto a utilização da Negação (onde se assiste à recorrência de sequências de cenas em que a fantasia é utilizada como fuga à situação dolorosa, fazendo com que não se processe o reconhecimento do afecto perturbador (Pires e Fagulha, 2003/2004)), como de Estratégias Adaptativas Operacionais (que se traduzem num movimento interno de reconhecimento da ansiedade e uma tentativa de resolução da situação ansiogênea, através do recurso a

estratégias de acção (Pires e Fagulha, 2003/2004)), ocupam exactamente a mesma proporção enquanto modos de elaboração da ansiedade utilizadas face à temática apresentada neste cartão. A Impossibilidade surge como uma das estratégias menos utilizadas pelas crianças com asma brônquica, bem como por aquelas que constituem a amostra do estudo de Pires (2001).

Gráfico 10 - Percentagem de cada Estratégia de Elaboração da Ansiedade por Grupo Etário no Cartão IV



Partindo da análise dos dados fornecidos pelo Gráfico 10, verifica-se que há um aumento significativo da utilização das Estratégias com Equilíbrio Emocional a partir dos 8 anos de idade, embora aos 11 anos se assista a um decréscimo acentuado na utilização destas estratégias perante a resolução da situação, em detrimento das Estratégias Adaptativas Operacionais. Realmente, sobressai que na maioria dos grupos etários contemplados nesta amostra a tendência é para utilizarem Estratégias com Equilíbrio Emocional, sendo que aos 11 anos este tipo de configuração muda de forma significativa, na medida em que como estratégia mais utilizada surge a Adaptativa Operacional, fazendo-se seguir pela Negação e só depois surge a com Equilíbrio Emocional. Curiosamente, a Estratégia Adaptativa Operacional, tem uma evolução praticamente oposta à da Estratégia com Equilíbrio Emocional, na medida em que até aos 10 anos surge como uma das estratégias menos utilizadas, apresentando inclusive um decréscimo na sua utilização com o aumento da idade, assistindo-se depois a um aumento exponencial aos 11 anos de idade. Quanto à Impossibilidade, o seu desenvolvimento de acordo com as faixas etárias apresenta uma forma mais linear, revelando uma tendência para deixar de ser utilizada a partir dos 10

anos de idade. Entre os 8 e os 9 anos de idade apresenta exactamente a mesma percentagem de utilização, mas a partir dos 10 assiste-se a uma ausência de recurso a este tipo de estratégia. Por outro lado, a utilização de estratégias de Negação revela um padrão mais irregular, sendo que aos 8 anos surge com uma percentagem igual à com Equilibração Emocional, depois sofre um decréscimo acentuado, sendo que as crianças entre os 10 e os 11 anos, revelam um aumento no recurso à utilização de estratégias de Negação.

Em comparação com os dados apresentados por Pires (2001), também se constata o predomínio das respostas que revelam o recurso a Estratégias com Equilibração Emocional, destacando-se das restantes estratégias em quase todos os grupos etários.

Quanto à utilização da Impossibilidade, as frequências das respostas que traduzem o uso desta estratégia, são pouco expressivas, sendo que, tal como Pires (2001) relata, também se constata a diminuição da utilização desta estratégia com o aumento da idade.

No que diz respeito à utilização da Negação, Pires (2001) identifica um padrão de frequência relativamente constante nos grupos etários por si considerados, enquanto que no caso das crianças com asma brônquica se constatou uma alteração no padrão consoante a faixa etária, havendo uma diferença marcada no sentido do aumento na utilização desta estratégia entre o grupo dos 9 e os dos 10 e 11 anos.

De uma forma mais geral, conclui-se que são as Estratégias com Equilibração Emocional que caracterizam a resolução da situação neste cartão. Também o padrão de evolução da Estratégia Adaptativa Operacional com a idade, surge como tendo um desenvolvimento mais atípico, mas no caso das crianças com asma brônquica este desenvolvimento assume outros contornos. Ao contrário do relatado por Pires (2001), em que esta estratégia sobressai, em relação às outras, aos 8 e aos 10 anos, na amostra de crianças com asma brônquica, somente aos 11 anos, é que esta surge de forma mais saliente em relação às demais, tendo tido até aí uma expressividade pouco significativa, quando em comparação com as restantes estratégias de elaboração da ansiedade.

O Cartão V representa o dia de aniversário e pretende evocar uma experiência prazerosa. O dia de anos representa o dia em que se é especial e festejado, onde se recebe afectos e atenções, representados simbolicamente através dos presentes. Os presentes recebidos nesta e noutras ocasiões de festa, são sentidos como manifestações de afecto, que podem compensar momentos vividos em que os desejos de atenção e de afecto da criança não puderam ser concretizados. Pelo contrário, a ausência de atenção, o não receber presentes, vão frustrar as expectativas da criança de se poder receber o afecto que espera e que é necessário, como também pode ser interpretado, inconscientemente, como um castigo

pelos impulsos agressivos e libidinais, que não são totalmente controlados. Quando a criança vive uma culpabilidade excessiva, o medo das decepções poderá levá-la à supressão total dos desejos, de modo a que os presentes deixarão de lhe proporcionar verdadeiro prazer, e a culpabilidade poderá fazer com que a criança fique impossibilitada de vivenciar o prazer associado a este dia.

Com base no gráfico 11, onde está representada a expressividade de cada uma das estratégias de elaboração da ansiedade no Cartão V, verifica-se que a esmagadora maioria das crianças utiliza as Estratégias com Equilibração Emocional, como modalidade de resolução da temática apresentada neste cartão.

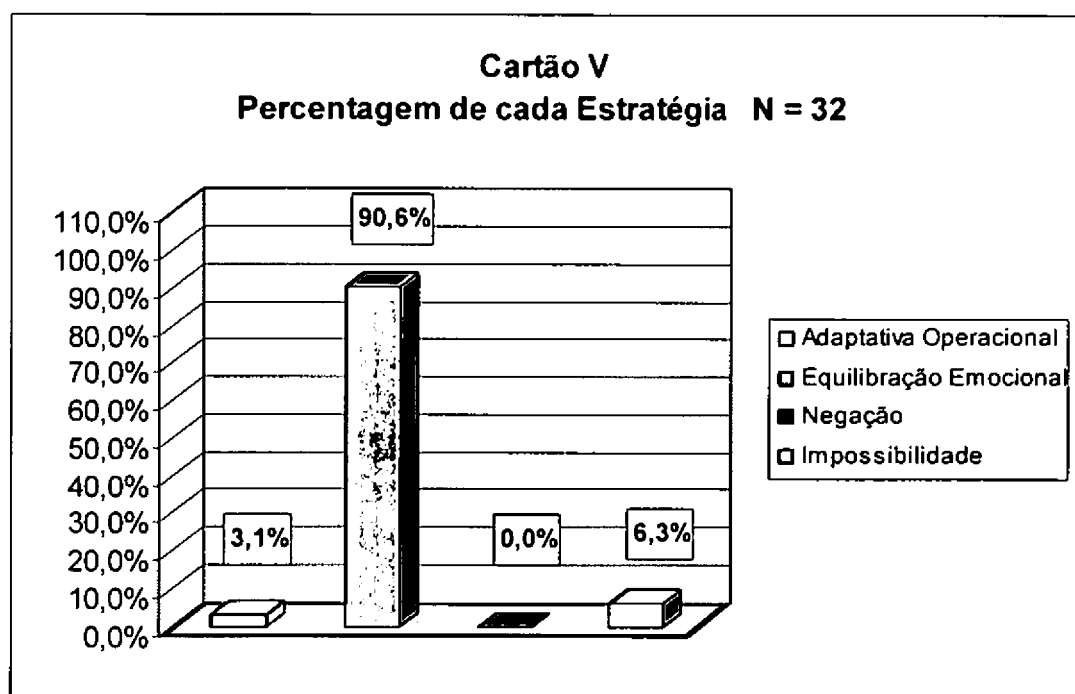
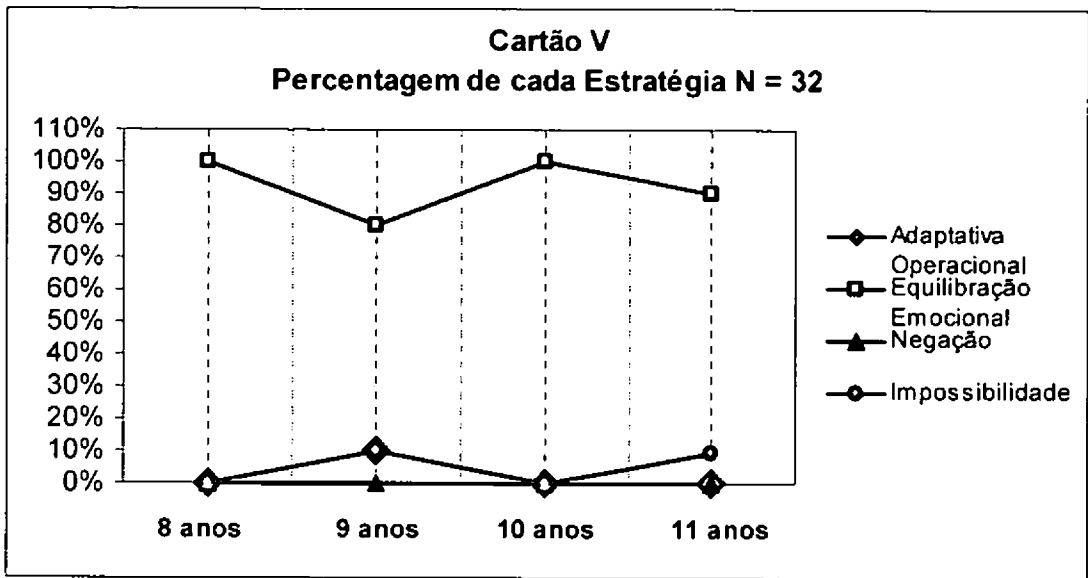


Gráfico 11

Somente uma pequena percentagem das crianças com asma brônquica utiliza a Impossibilidade como modalidade de confronto com a situação, fazendo-se seguir pela Estratégia Adaptativa Operacional. Não se registou nenhum caso onde a Negação fosse utilizada como principal estratégia de elaboração da ansiedade.

Pires (2001) também destaca a Estratégia com Equilibração Emocional como a mais utilizada na elaboração da temática emocional subjacente ao Cartão V, sendo que as outras estratégias assumem uma expressividade menor. Também a Impossibilidade surge como a segunda estratégia mais utilizada pelas crianças sem problemas psicológicos identificados. Não obstante, em terceiro lugar surge a utilização da Negação e depois, com uma menor expressividade, encontra-se a Estratégia Adaptativa Operacional.

Gráfico 12 - Percentagem de cada Estratégia de Elaboração da Ansiedade por Grupo Etário no Cartão V



Tomando em consideração os dados previamente apresentados, constata-se a partir do Gráfico 12 que, ao nível das frequências de utilização de cada estratégia de elaboração da ansiedade de acordo com o grupo etário, a estratégia mais utilizada em todas as idades é a Equilíbrio Emocional. Estes dados vão precisamente ao encontro daqueles descritos por Pires (2001). Na amostra de crianças com asma brônquica aos 8 anos esta é a única estratégia utilizada para dar resposta ao Cartão V, sendo que se denota um pequeno decréscimo aos 9 anos, mas depois novamente aos 10 e aos 11 anos há um aumento na utilização destas estratégias.

As restantes estratégias contempladas têm muito pouca ou nenhuma expressividade ao longo do desenvolvimento pelas diversas faixas etárias. Efectivamente a Negação não tem qualquer expressividade, nunca tendo sido utilizada, sendo que a Impossibilidade e a Estratégia Adaptativa Operacional apresentam frequências relativamente constantes, com uma expressividade muito pouco significativa. Nos dados fornecidos por Pires (2001), a Impossibilidade de resolver a situação é traduzida por uma frequência de respostas tida como considerável, nas diferentes faixas etárias, embora revele tendência a diminuir, de forma ligeira, com o desenvolvimento e a maturidade. Também a Negação é pouco frequente e revela tendência a diminuir com a idade, assim como a Estratégia Adaptativa Operacional, que revela uma frequência baixa, e tende a diminuir com o desenvolvimento da criança. De um modo geral, os dados constatados referentes às estratégias de elaboração da ansiedade, relativos à amostra de crianças com asma brônquica, demonstram ter um

padrão de desenvolvimento em parte semelhante ao descrito por Pires (2001) para o Cartão V.

O Cartão VI relata um episódio de discussão entre os pais, onde a criança está presente. De forma contrária ao que acontece nos outros cartões, aqui o acontecimento ansiogêneo resulta do comportamento dos adultos de quem a criança depende. Ao elaborar esta situação espera-se que a criança revele a natureza da sua relação face aos pais, enquanto casal, num equilíbrio entre a proximidade em relação a cada uma das figuras parentais e a possibilidade de assumir a sua autonomia e, de forma consequente, alguma distância em relação aos conflitos dos pais. Esta é a representação de uma situação de conflito no casal e com a qual a criança terá de lidar, de onde se parte do facto de saber que a sua resolução não depende de si, mas sim através da possibilidade de poder encontrar um compromisso adequado entre a dependência e a autonomia em relação às figuras parentais.

Com base nos dados apresentados no Gráfico 13, que dizem respeito à percentagem de cada estratégia de elaboração da ansiedade utilizada pelas crianças da amostra em estudo, ressaltam diferenças na utilização dessas mesmas estratégias.

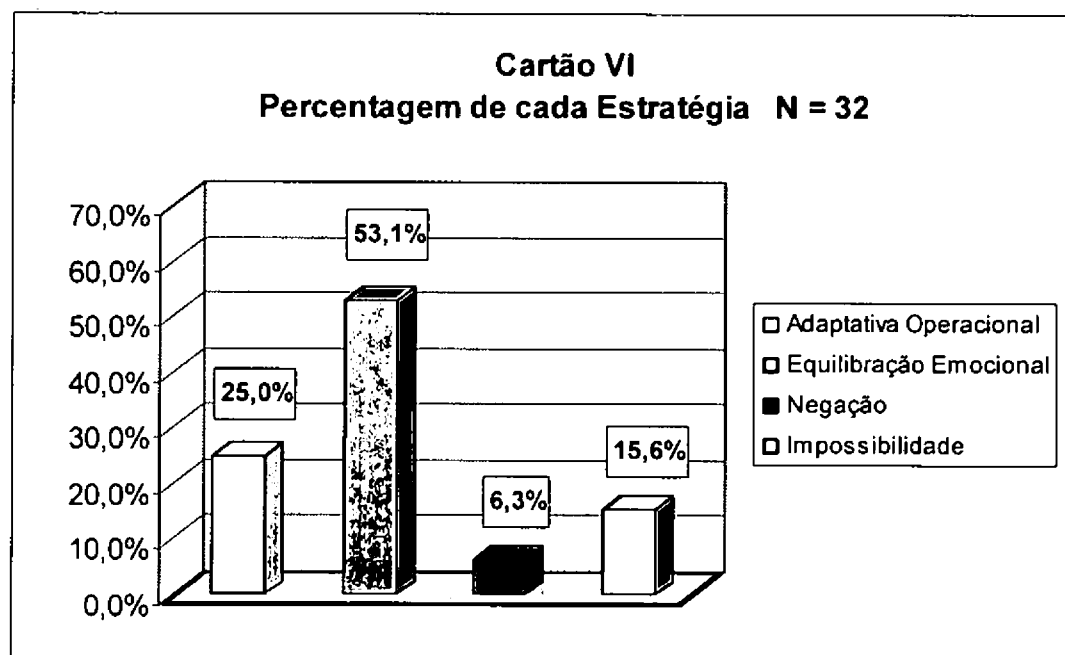


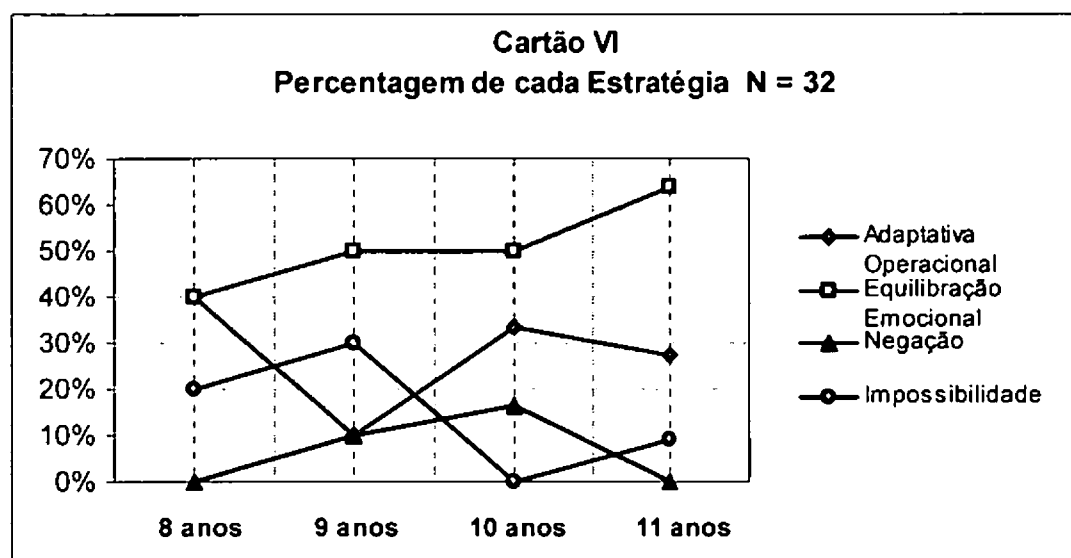
Gráfico 13

Efectivamente, encontra-se a Estratégia com Equilíbrio Emocional, como sendo a mais representativa das respostas dadas pelas crianças. Como segunda estratégia mais utilizada, surge a Estratégia Adaptativa Operacional o que revela que, face a esta situação mais ansiogênea representada na temática deste cartão, as crianças com asma brônquica tendem a fazer uso das estratégias mais adaptativas. A utilização da Impossibilidade aparece

como a terceira estratégia, sendo que a Negação, enquanto modalidade de confronto com a situação, é a menos expressiva.

Os dados revelados pela investigação de Pires (2001), indicam que a Estratégia com Equilíbrio Emocional, é a que caracteriza a maioria das respostas ao Cartão VI. No entanto, a segunda estratégia mais utilizada pelas crianças sem problemas psicológicos identificados é a Impossibilidade, assumindo ainda uma expressividade relativa. A Negação apresenta-se como a terceira estratégia mais utilizada, sendo que a Estratégia Adaptativa Operacional surge como a menos utilizada pelas crianças. A partir destes dados, constata-se já algumas diferenças significativas entre os dados descritos por Pires (2001) e aqueles verificados com base na amostra deste estudo.

Gráfico 14 - Percentagem de cada Estratégia de Elaboração da Ansiedade por Grupo Etário no Cartão VI



Através da análise do Gráfico 14, e quanto à evolução das estratégias por grupo etário, é visível que a com Equilíbrio Emocional tende a ser utilizada pela grande maioria das faixas etárias, assim como se assiste a um crescimento gradual da utilização da mesma com a maturidade. Por outro lado, a Estratégia Adaptativa Operacional, que surge aos 8 anos como sendo tão utilizada como a com Equilíbrio Emocional, revela seguidamente um decréscimo aos 9 anos, concomitante com um aumento da utilização da Impossibilidade nesta idade, sendo que depois revela tendência para aumentar e estabilizar com a idade. A Impossibilidade aparece com um traçado mais irregular, na medida em que aumenta dos 8 para os 9 anos, depois diminui drasticamente, sofrendo um ligeiro aumento aos 11 anos, mas que mesmo assim continua a ser uma das estratégias menos utilizadas. Já no caso da Negação, esta revela uma ligeira tendência para ir aumentando com a idade. No entanto, aos

11 anos esta passa a não ser utilizada como recurso, havendo um decréscimo muito significativo no que diz respeito ao uso desta estratégia.

Quando se tecem comparações entre estes dados e aqueles da amostra recolhida por Pires (2001) vão-se encontrar determinadas diferenças, tal como já se vinha a prever através da análise realizada a partir dos dados apresentados no gráfico 13.

Não obstante, na realidade constata-se que, de modo bastante semelhante, os dois estudos convergem no sentido em que a Estratégia com Equilíbrio Emocional é aquela que caracteriza a maioria das respostas, sendo que o seu uso vai aumentando gradualmente com a idade, do mesmo modo que se vai verificando um decréscimo no tipo de respostas que traduzem a Impossibilidade de resolver a situação crítica apresentada no Cartão VI.

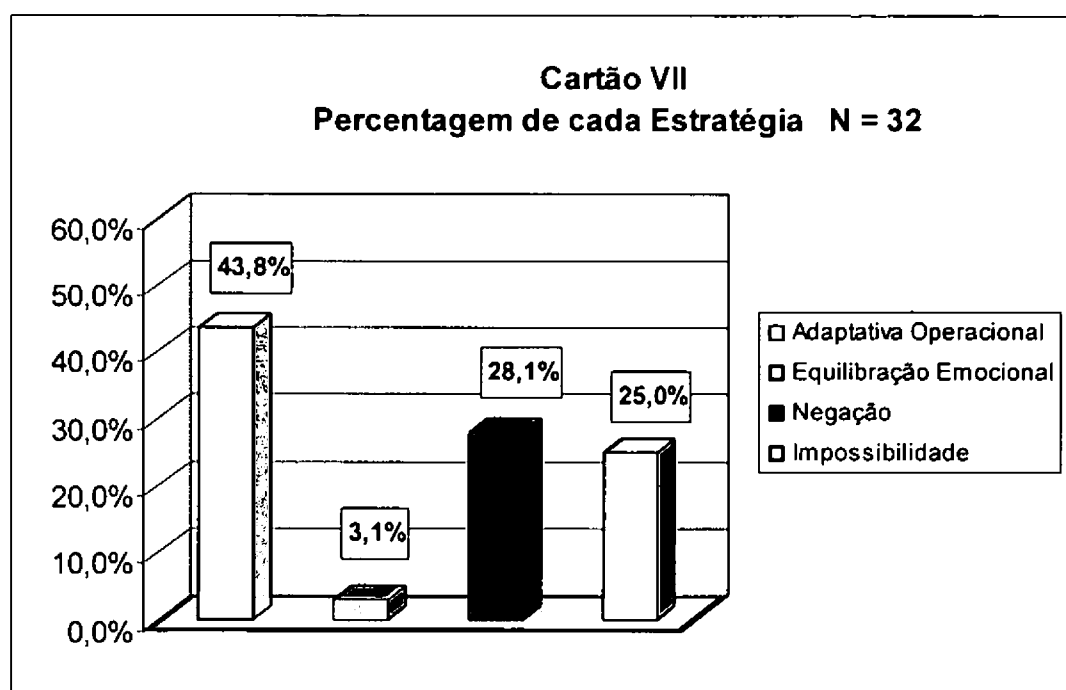
Já no que diz respeito à Negação da realidade ansiogénica e dolorosa que o Cartão VI envolve, constata-se que esta estratégia tende a ser utilizada pelas crianças mais novas, mas curiosamente também na faixa etária dos 10 anos, esta estratégia surge de forma mais acentuada.

A diferença mais significativa entre dados diz respeito às Estratégias Adaptativas Operacionais que, no estudo de Pires (2001), são as menos utilizadas para lidar com a situação apresentada no cartão, enquanto que na amostra de crianças com asma brônquica surgem como uma das mais utilizadas, sofrendo um aumento progressivo a partir dos 9 anos de idade.

Verifica-se pois que, a Estratégia com Equilíbrio Emocional tende a ser a mais utilizada por praticamente todas as faixas etárias, sendo que com a maturidade parecem aumentar as possibilidades de recorrer a estratégias deste tipo, enquanto se assiste a um declínio, com a evolução da idade, do uso de estratégias menos adaptativas, nomeadamente a Impossibilidade. Estes dados vão ao encontro daqueles sustentados por Pires (2001).

Quanto à última história do "Era uma vez...", o Cartão VII representa uma situação de aprendizagem escolar, em que todas as crianças da aula sabem responder a uma pergunta da professora e a personagem principal não sabe. Neste episódio, a criança vê-se confrontada com dificuldades de aprendizagem escolar frente à turma. Este cartão tem como intuito esclarecer o modo como a criança lida com as dificuldades com que todas as crianças (em maior ou menor grau) se vão deparando ao longo do seu percurso escolar. O facto da personagem estar em dificuldade, o que pode suscitar sentimentos de incapacidade, e isso ser presenciado por todos os elementos da turma, pode também ser vivenciado como uma desvalorização face aos colegas e ataque à auto-estima, mais ou menos intensos.

Gráfico 15 - Percentagem de cada Estratégia de Elaboração da Ansiedade no Cartão VII



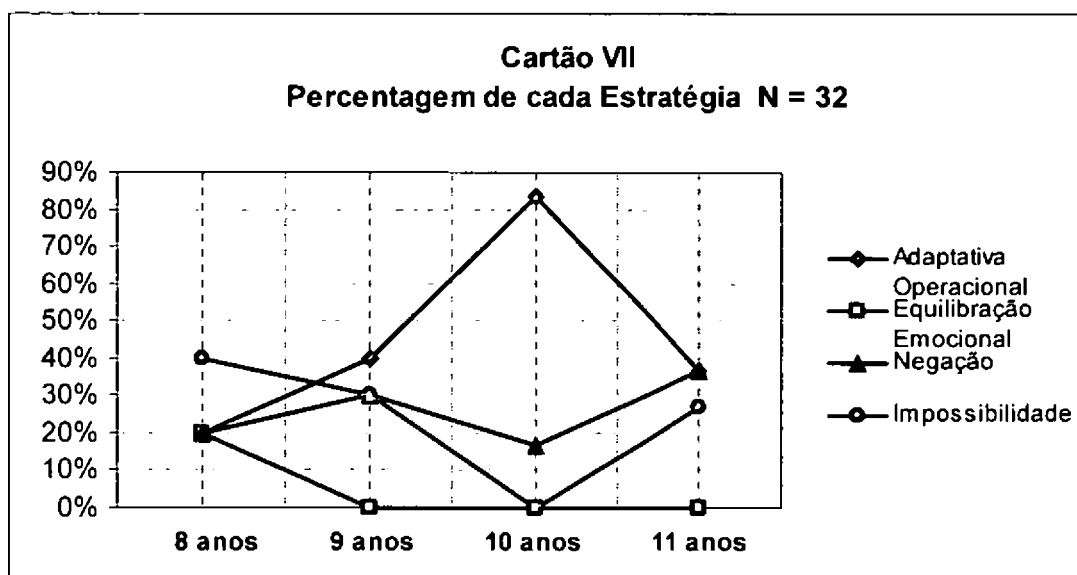
A partir da leitura do Gráfico 15, constata-se que a estratégia mais utilizada é a Adaptativa Operacional. Tal reflecte que face à problemática representada no Cartão VII, com todo o cariz ansiogénico que a situação comporta, as crianças com asma brônquica tendem a recorrer a modalidades factuais de resolução da situação, revelando assim o reconhecimento da realidade crítica ou da aflição, fazendo-se seguir por uma solução da realidade, que demonstra a capacidade de enfrentar e resolver a situação problemática proposta por este cartão (Pires, 2001).

A Negação e a Impossibilidade, surgem como as outras duas estratégias mais utilizadas pelas crianças da amostra. A estratégia menos utilizada, e com uma frequência muito pouco expressiva, é a com Equilibração Emocional.

Efectivamente, a Estratégia Adaptativa Operacional, considerada como uma das estratégias mais evoluídas e adaptativas, faz-se logo seguir pela Negação e a Impossibilidade, que são estratégias que implicam o não reconhecimento da ansiedade e o insucesso na elaboração adaptativa da ansiedade (Pires & Fagulha, 2003/2004).

Quanto aos dados referentes a este cartão fornecidos por Pires (2001), a estratégia mais utilizada pelas crianças pertencentes ao grupo sem problemas psicológicos identificados, é a de Impossibilidade. A Estratégia Adaptativa Operacional surge como a segunda mais utilizada, assumindo uma expressividade considerável, fazendo-se logo seguir pela Negação. A Estratégia com Equilibração Emocional também foi a que menos incidência e expressividade teve na escolha das crianças.

Gráfico 16 - Percentagem de cada Estratégia de Elaboração da Ansiedade por Grupo Etário no Cartão VII



Com base na análise do Gráfico 16, referente à percentagem de utilização de cada estratégia por grupo etário, no Cartão VII, constata-se que a estratégia Adaptativa Operacional ganha uma maior expressividade a partir dos 9 anos de idade, atingindo o pico aos 10 anos, sendo que aos 11 anos volta a decrescer e fica paralela com a utilização da Negação. No caso da Negação, esta tem uma expressividade semelhante ao longo das diversas faixas etárias contempladas, sendo que ganha um maior destaque aos 11 anos de idade. A Impossibilidade, é uma estratégia que vai sofrendo algumas flutuações quanto à sua utilização, na medida em que sofre um decréscimo dos 8 para os 10 anos de idade, mas aos 11 anos volta a ter alguma significância. Por último, e como já esperado, a Estratégia com Equilíbrio Emocional, surge com muito pouca expressividade, sendo que a partir dos 8 anos de idade, não é sequer utilizada como estratégia à qual as crianças recorrem para resolver a situação proposta.

Tal como Pires (2001) constatou, o recurso a Estratégias Adaptativas Operacionais tende a aumentar consideravelmente com a idade, sendo que aos 10 anos, assim como na amostra de crianças com asma brônquica, estas estratégias apresentam uma frequência muito superior a todas as outras estratégias contempladas. No caso da Impossibilidade, esta ganha relevância principalmente nas respostas das crianças mais novas, sendo que esta estratégia tende a diminuir com a idade, facto este constatado por Pires (2001) e igualmente sustentado pelas evidências empíricas deste estudo.

Na realidade, assiste-se ao facto das Estratégias Adaptativas Operacionais irem sendo adoptadas, de forma progressiva, pelas crianças mais velhas e mais desenvolvidas no

que diz respeito aos recursos emocionais internos que dispõem para fazer face e lidar com diferentes situações da sua vida.

De um ponto de vista mais abrangente, ao analisar os estilos de resposta dos sete cartões que constituem a Prova "Era uma vez...", conseguem-se extrair padrões quanto às estratégias de elaboração da ansiedade utilizadas com maior e menor frequência para fazer face às diversas situações emocionais propostas pelas histórias apresentadas. Ao nível do Cartão I e do Cartão VII, os padrões de resposta que surgem remetem para semelhanças nas estratégias mais utilizadas. Sabe-se que estes dois episódios evocam situações de cariz ansiogéneo, na medida em que um apela para o aspecto da separação de figuras de referência e o outro para a confrontação com a incapacidade da criança dar resposta face às exigências escolares. Perante estas problemáticas as crianças com asma brônquica tendem, na sua maioria, a responder com base em estratégias que indicam soluções Adaptativas Operacionais, ou então negando e não fazendo o reconhecimento da ansiedade, sendo que a Negação pode ser traduzida como um movimento interno que impede a tomada de consciência dos aspectos perturbadores da situação, o que permite defender o ego da experiência de ansiedade (Pires & Fagulha, 2003/2004). A Impossibilidade de reagir face à situação crítica surge com alguma expressividade no Cartão VII, sendo que a Estratégia com Equilíbrio Emocional é a que aparece com menor frequência e expressividade nestes dois cartões.

Já quando se observam os padrões de resposta a nível dos outros episódios/cartões propostos pela prova "Era uma vez...", surge de forma clara e evidente que as Estratégias com Equilíbrio Emocional são predominantes. Fala-se pois dos Cartões II, III, IV, V e VI. As Estratégias com Equilíbrio Emocional surgem de forma evidente como sendo as mais características nas respostas das crianças com asma brônquica face às problemáticas elicitadas por cada um destes cartões. Não obstante, a Impossibilidade, enquanto estratégia que traduz o insucesso na elaboração adaptativa da ansiedade, surge como a segunda estratégia mais utilizada numa grande parte destes cartões. À excepção do Cartão VI, onde a temática envolve um conflito entre o casal parental, e no qual a segunda estratégia mais usada é a Adaptativa Operacional, e do Cartão IV (Pesadelo), em que as duas estratégias mais utilizadas depois da com Equilíbrio Emocional, são a Impossibilidade e a Estratégia Adaptativa Operacional, todos os outros cartões revelam um padrão de utilização das Estratégias com Equilíbrio Emocional, seguindo-se a Impossibilidade. Nestes cartões, onde predominam as respostas que traduzem o uso de Estratégias com Equilíbrio Emocional e de Impossibilidade, constata-se que a relação que se tende a estabelecer entre

estas modalidades de confronto e elaboração da ansiedade pode ser descrita através do seguinte padrão: declínio com o crescimento e desenvolvimento infantil das respostas que traduzem a Impossibilidade de resolver a situação, e inversamente o aumento com a maturidade da possibilidade de fazer uso de Estratégias Adaptativas com Equilíbrio Emocional.

3. ENTREVISTA PARA AS CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA

As respostas das crianças à entrevista foram tratadas em termos de frequências e percentagens. As respostas abertas foram agrupadas em categorias (itens 2 a 4, 7, 9, 16, 17 e 20, ver Anexo 9), ou submetidas a uma análise de conteúdo (itens 11,12 e 21, ver Anexo 10).

Analisa-se, em seguida, as respostas aos diferentes itens, em termos da sua frequência e percentagem.

1. Sabes porque é que vens aqui ao Hospital / à Clínica?

Quanto a esta primeira questão 25 crianças (78,1% da amostra) respondem sim, afirmando saberem qual a razão pela qual têm de ir ao hospital/clínica. Somente 7 (21,9%) é que respondem não ter conhecimento dessa razão. Destas sete crianças, duas pertencem à faixa etária dos 8 anos, outras duas à faixa etária dos 9 anos, uma delas tem 10 anos e outras duas têm 11 anos de idade, verificando-se uma distribuição quantitativa semelhante em todas as faixas etárias. No entanto, no caso dos 8 anos há que considerar que a amostra é constituída por cinco crianças. Deste modo assiste-se a 40% de respostas das crianças com oito anos em que estas dizem não saber a razão de ida à instituição clínica.

2. Se Sim, porquê?

Quando se questiona as crianças que respondem afirmativamente quanto a saberem a razão pela qual têm de ir ao hospital/clínica, constata-se que 22 crianças (88%) identificam o quadro clínico ou a sintomatologia que as leva a terem que ir às consultas médicas, enquanto que 3 (12%) não expressam a identificação do problema. Estas três crianças têm idades de 9, 10 e 11 anos.

3. Se Não, mencionar o problema de saúde e tentar perceber se sabe qual é.

Quanto às crianças que responderam não saber porque razão vão ao hospital/clínica (N=7; 21,9%), mesmo depois de ajudadas quanto à identificação do problema de saúde, 5

(71,4%) dessas crianças continuam sem expressar o reconhecimento do quadro clínico que as leva a ir ao hospital/clínica. Apenas 2 (28,6%), identificam o quadro clínico após a menção do problema de saúde (uma das crianças com 8 anos e outra com 11).

4. O que é que sabes sobre a tua doença?

Relativamente a esta questão, 25 crianças (78,1%) identificam a sintomatologia ligada ao quadro clínico da asma brônquica, revelando possuírem conhecimentos acerca da sua doença. Somente 7 (21,9%) responderam não ter conhecimentos sobre o seu quadro clínico. Destas sete crianças, duas têm idade de 8 anos, duas têm 9 anos, uma tem 10 anos, e as restantes duas têm 11 anos.

5. Preferes não saber nada acerca da tua doença?

No que concerne à criança preferir ter conhecimento sobre aspectos relacionados com a sua doença, verifica-se que apenas uma (3,1%) refere não querer saber nada acerca da doença.

6. Gostas de aprender coisas sobre a tua doença?

Na continuidade dos dados anteriormente apresentados, 30 das crianças da amostra (93,8%) demonstram gostar de aprender aspectos relacionados com a sua doença, e somente duas crianças (6,3%) revelam não ter interesse na aprendizagem referente à doença.

7. O que é que te custa mais na tua doença?

Quanto à identificação feita pelas crianças das dificuldades/limitações associadas à doença, 17 delas (53,1%) referem a sintomatologia asmática (por exemplo, "Respirar quando estou aflito"; "Respirar"; "É quando a falta de ar, que me custa a respirar" - ver Anexo 9), seguida de esforços/actividades físicas, na medida em que 10 das crianças (31,3%), identificam este aspecto como o que lhe custa mais. Para além destes aspectos, duas crianças (6,3%) referem o tratamento médico, e outras duas (6,3%) respondem "Nada". Uma das crianças (3,1%) faz menção ao pó.

8. Achas que há coisas que não podes fazer por causa da tua doença?

Quanto à percepção dos participantes quanto à existência de restrições em virtude da doença, verifica-se que 22 das crianças da amostra (68,8%) referem que existem certas coisas que não podem fazer, registando-se 10 meninos (31,3%) que respondem sentirem não existir restrições.

9. Se Sim, quais são essas coisas?

Tomando em consideração as crianças que responderam sentir que a doença comporta diversas alterações na sua vida (N=22), essas alterações podem ser descritas a nível de restrições sentidas no domínio das actividades e esforços físicos (19 casos; 86,4%), e de alguns cuidados a ter no que diz respeito a actividades que envolvam lidar com o pó (3 crianças; 13,6%).

10. Custa-te não poderes fazer essas coisas?

Das 22 crianças que responderam afirmativamente à questão de sentirem que a doença acarreta limitações e que identificaram quais as alterações sentidas a nível das restrições impostas pela doença, somente 14 (63,4%) respondem que lhes é difícil não poderem fazer essas coisas.

11. Quando te apetece fazer essas coisas que não podes, o que é que pensas?

Quanto a esta pergunta, que questiona as crianças acerca do que é que elas pensam quando se confrontam com o facto de lhes apetecer fazer determinadas coisas que devido à existência de restrições impostas pela doença não podem, elas dão diversas respostas expressivas das limitações que sentem. Estas respostas remetem para o sentimento de existência de privações/limitações decorrentes da doença (6; 27,3%); para o desejo de ausência de doença (3; 13,6%); para a utilização do controlo com base nas consequências sintomatológicas (2; 9,1%) e o controlo através da medicação (2; 9,1%), assim como remetem para a necessidade de recorrer a um auto-controlo de modo a fazer face à situação (2; 9,1%). Uma das crianças dá uma resposta que remete para o controlo através da mobilização para outras actividades. Para além disso, assiste-se ainda à utilização da negação, como tradução da impossibilidade da criança conseguir expressar o sentir da existência de uma dificuldade associada à limitação que a doença acarreta, já reconhecida pela criança (6; 27,3%).

12. E o que é que fazes?

Ao depararem-se com a questão que directamente lhes pergunta o que é que fazem em sequência de existirem determinadas coisas que não podem realizar devido a limitações decorrentes da doença, constata-se que onze das crianças tendem a fazer uso de estratégias que implicam a restrição das actividades (50%), ou de mobilização para outras actividades (7 casos; 58,3%). As outras quatro crianças que responderam à questão, revelam utilizar estratégias de controlo de alívio sintomático (18,2%), para fazer face à situação.

13. Falas com alguém acerca da tua doença?

Os resultados revelam também que 28 crianças (87,5%) costumam falar sobre a sua doença, nomeadamente com a mãe (21; 75%), com o pai (13; 46,4%), com o/a médico/a (23; 82,1%), com as enfermeiras (10; 35,7%), com os professores (7; 25%), com os irmãos (9; 32,1%), com os amigos (8; 28,6%) e, com outros (4; 14,3%).

14. Costumas fazer o que o médico te manda em relação à tua doença (os cuidados que deves ter)? Achas que cumpres o que ele te diz?

A grande maioria das crianças afirma que costuma cumprir as recomendações que o médico habitualmente refere em relação à sua doença, sendo que 23 delas (71,9%) afirma que cumpre sempre o que o médico diz e, somente 9 (28,1%) afirmam que só às vezes costuma fazer o que o médico recomenda.

15. Vou dizer-te várias frases e para cada uma tu vais contar-me se concordas ou não: - Quando estás doente não podes fazer nada para melhorar;

- Quando estás doente os médicos não podem ajudar-te;
- Quando estás doente és capaz de fazer o que é preciso para melhorar;
- Se tiveres azar, se tudo correr mal, não consegues melhorar tão depressa;
- Quando estás doente os médicos podem ajudar-te a sentires-te melhor;
- Se tiveres sorte, se tudo correr bem, melhora mais depressa.

Quanto à questão do *locus* de controlo para a saúde, 28 crianças (87,5%) acreditam que quando estão doentes podem fazer algo para melhorar, assim como todas elas (N=32; 100%) acreditam que quando estão doentes os médicos podem ajudar. Quanto à percepção que a criança tem de que quando se encontra doente é capaz de fazer o que é preciso para melhorar, 31 crianças (96,9%) acreditam que são capazes. Aproximadamente cerca de 22 das crianças (69%) crêem que se tiverem azar, se tudo correr mal, não vão conseguir melhorar tão depressa. Quanto à percepção relativa à possibilidade dos médicos poderem ajudar a criança a sentir-se melhor, 31 das crianças (96,9%) afirmam ser real essa possibilidade. A maioria das crianças (28; 87,5%,) também pensa que se tiver sorte, se tudo correr bem, melhora mais depressa.

16. Quando as pessoas estão doentes (têm doenças assim como a tua), às vezes pensam que houve uma razão para ficarem doentes, como por exemplo, não terem tido cuidado. Já alguma vez pensaste em alguma razão para teres esta doença?

Quanto à existência de alguma razão para as crianças terem ficado doentes, 24 das crianças (75%) nunca pensaram em nenhuma razão para ter asma. Somente 8 (25%) afirmam já terem pensado em algumas razões para terem a doença, nomeadamente por razões hereditárias (2 casos), ou por motivos atribuídos a uma causalidade interna (por exemplo: "A mãe diz que foi uma gripe mal curada"; "É por causa do nariz. A minha mãe diz-me que eu não me assoava e fiquei assim. Só fiquei com asma aos 4 anos.") (4 casos) ou causalidade externa (por exemplo "Os ácaros, uma vez li numa revista.") (2 situações).

17. Achas que alguém (ou alguma coisa) é culpado por tu teres esta doença?

O mesmo se verifica quanto à questão da criança considerar alguém, ou alguma coisa, culpada por ter a doença. São só 5 crianças (15,6%) que consideram que existe algo a que atribuem as culpas da doença, nomeadamente a causas hereditárias (2) ou agentes externos identificados como causadores da doença (3), como por exemplo "Os ácaros." ou "O meu pai e a minha mãe porque fumam."

18. Achas que as outras pessoas te tratam de maneira diferente por teres uma doença?

A totalidade das crianças (N=32; 100%) considera que não é tratada de maneira diferente por ter uma doença.

19. Alguns meninos acham que as pessoas os tratam de maneira diferente por terem uma doença, outros acham que elas os tratam da mesma maneira. Gostava de saber como é contigo. Por exemplo: a mãe; o pai; os colegas da escola; a(s) professora(s); o(s) irmão(s); os avós; os amigos; outro.

Quando se questiona em particular se determinados elementos da família e do círculo social onde a criança se movimenta os trata melhor, pior ou na mesma, 14 das crianças (43,8%) dizem que a mãe as trata melhor e as restantes 18 (56,3%) afirmam que ela as trata na mesma maneira. Quanto à percepção de como é que o pai as trata, 19 (59,4%) afirmam que o pai as trata na mesma maneira, 12 (37,5%) dizem que o pai os trata melhor, havendo uma criança que não responde. No que diz respeito aos colegas da escola, a maioria das crianças (29 casos; 90,6%) referem que os colegas as tratam na mesma maneira, duas das crianças (6,3%) dizem que estes as tratam melhor, havendo uma só criança (3,1%) que considera que os colegas a tratam pior. No caso dos professores, 22 das crianças (68,8%) revelam que estes as tratam na mesma maneira, enquanto que 8 (25%) afirmam que as tratam melhor. Neste caso, novamente houve duas crianças (6,3%) que não responderam.

Também 19 das crianças (59,4%) consideram que os irmãos as tratam na mesma maneira, e 9 (28,1%) afirmam que eles as tratam melhor. Quatro das crianças entrevistadas (12,5%) não responderam a esta questão na medida em que não têm irmãos. Quanto à percepção relativamente aos avós, 12 das crianças (37,5%) afirmam que estes as tratam melhor, 18 (56,3%) consideram que as tratam na mesma, havendo uma criança (3,1%) que refere que os avós a tratam pior. Nesta questão, verificou-se que uma das crianças não respondeu à questão. No caso dos amigos, 25 das crianças (78,1%) referem que estes as tratam na mesma maneira, sendo que somente 3 (9,4%) das crianças afirmam que estes as tratam melhor. Duas das crianças inquiridas (6,3%) dizem que os amigos as tratam pior, registando-se também a ausência de duas respostas. Uma das crianças menciona ainda que uma outra pessoa não referida no questionário (um primo) a trata melhor.

20. Achas que és diferente dos outros meninos por teres esta doença?

No que diz respeito ao facto da criança se sentir, ou não, diferente das outras crianças, devido ao facto de ter uma doença, a grande maioria refere que não (30 respostas; 93,8%), registando-se apenas duas respostas positivas (6,3%), e que vão no sentido de uma criança considerar que tem uma doença incurável e outra que manifesta uma sintomatologia física diferente em relação aos outros meninos.

21. Já pensaste no que queres ser quando fores grande?

Quanto às respostas dadas à questão que remete a criança para o futuro, nomeadamente no que concerne ao querer saber o que a criança quer ser quando crescer (responderam a esta questão 27 meninos), assiste-se a uma panóplia de respostas dadas pelas crianças que abarcam variadas profissões e que contemplam áreas como as Artes e o espectáculo, o Desporto, o Ensino, a Saúde, entre outras. Somente uma das crianças revela dúvidas em relação à possibilidade de exercer a profissão que desejaria, pelo facto de ter a doença.

22. Quando fores grande achas que vais ser diferente dos outros por teres esta doença?

De uma forma absolutamente maioritária, todas as crianças inquiridas responderam que consideram que quando forem adultos não vão ser diferentes das outras pessoas por terem asma.

23. Achas que vais: Melhorar; Continuar como estás (a ter a doença); Piorar; Ficar curado/a.

Quanto à perspectiva de futuro, 14 das crianças (43,8%) consideram que vão ficar curados; 13 (40,6%) respondem que vão ficar melhor, e apenas 4 (12,5%) pensam que vão continuar como estão, ou seja a ter a doença. Uma das crianças inquiridas diz que não sabe, não tem ideias sobre o tema.

4. QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS DAS CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA

As respostas dos pais das crianças ao questionário também foram tratadas em termos de frequências e percentagens. Da mesma forma que se procedeu na entrevista para as crianças, as respostas abertas foram agrupadas em categorias (itens 1; 2; 3 e 4, pertencentes à parte 2) e item 1 referente à parte 4) do questionário, ver Anexo 11), ou submetidas a uma análise de conteúdo (itens 4 e 8, referentes à parte 4) do questionário, ver Anexo 12).

Antes da apresentação estatística dos dados, e tomando em consideração a parte inicial do questionário para os pais das crianças com asma brônquica, destinada à recolha de determinados dados tais como qual a Instituição que a criança frequenta e quem respondeu ao questionário em causa, sabe-se que 18 das crianças entrevistadas (56,3%) frequentavam as consultas do Hospital Garcia de Orta; 8 pertenciam à consulta efectuada na Fundação Nossa Sra. do Bom Sucesso (25%), e 6 das crianças (18,8%) faziam parte da consulta do Hospital de Santa Maria.

Quanto ao(s) participante(s) que respondeu(ram) ao questionário apresentado, sabe-se que 22 destes foram respondidos pelas mães das crianças que as acompanharam em consulta (68,8%); cinco foram respondidos por ambos os pais (15,6%); dois deles pelos pais (6,3%) e outros dois pelas avós das crianças (6,3%). Apenas um dos questionários foi respondido por um padrasto (3,1%).

Analisa-se, em seguida, as respostas aos diferentes itens, em termos da sua frequência e percentagem.

Quanto a algumas informações que foram fornecidas pela família no que diz respeito à primeira parte do questionário, relativa aos dados sociodemográficos da criança, sabe-se que, em termos de idades cinco das crianças têm 8 anos (15,6%); dez possuem 9 anos (31,3%); seis têm 10 anos (18,8%), e outras onze crianças têm 11 anos (34,4%).

No que concerne ao nível de escolaridade das crianças que constituem a amostra, constata-se que sete frequentam o 3º ano (21,9%) e dez estão no 4º ano (31,3%) do 1º Ciclo do Ensino Básico. Sete das crianças andam no 5º ano (21,9%) e as restantes oito (25%) frequentam o 6º ano do 2º Ciclo do Ensino Básico.

Através da análise das informações cedidas pela família quanto a outros dados sociodemográficos da criança sabe-se que, 15 das crianças da amostra frequentaram a creche (46,9%), sendo que 11 delas não frequentaram (34,4%), assistindo-se a seis casos omissos quanto a esta resposta (18,8%).

No caso da frequência do Jardim-de-infância, 24 crianças (75%) frequentaram-no, sendo que somente 5 não estiveram integrados no mesmo (15,6%). Neste caso, três dos questionados não responderam ao item (9,4%). Quanto à Pré-Primária, também se verifica que 24 das crianças contempladas (75%) passaram por esta etapa, enquanto que quatro das crianças em questão (12,5%) não frequentaram a Pré-Primária. Também aqui, se assiste à omissão de resposta por parte de quatro dos inquiridos (12,5%).

Vinte e quatro das crianças (75%) mudaram de escola. Somente oito crianças (25%) é que não mudaram de estabelecimento de ensino durante o seu percurso escolar.

Não obstante, verifica-se que 15 das crianças que mudaram de escola só o fizeram uma vez (62,5%). Quatro das crianças mudaram duas vezes (16,7%) e outras quatro crianças mudaram três vezes de estabelecimento de ensino (16,7%). Um dos inquiridos não respondeu a esta questão (4,1%).

Em termos do percurso escolar, 28 das crianças (87,5%) transitaram sempre de ano. Apenas duas delas (6,3%) tiveram de ficar retidas uma vez, e dois dos inquiridos (6,3%) não respondem à pergunta.

O ponto seguinte do questionário apresentado aos pais, pretende recolher informação sociodemográfica sobre os mesmos, e outras informações relevantes quanto ao contexto familiar e de desenvolvimento da criança. De acordo com estes objectivos, existem questões acerca da idade e profissão dos pais, do seu grau de escolaridade, estado civil, e ainda sobre com quem é que a criança coabita, o número de irmãos e, por fim, o grau de absentismo escolar da criança em questão.

De forma sumária, poder-se-á dizer que, em relação à figura materna, a média de idades encontra-se nos 38,6 anos, tendo a mais nova 30 anos e a mais velha 47 anos de idade. Quanto à profissão que as mães desempenham, e reportando aos dados mais significativos, constata-se que sete das mães contempladas são domésticas (21,9%), três são secretárias (9,4%), outras três professoras e também três são enfermeiras. Duas das

inquiridas (6,3%) são auxiliares de acção médica e todas as restantes têm profissões que não se sobrepõem em relação às outras mães da amostra (como por exemplo, empregada de limpeza; assistente administrativa; tradutora; contabilista; arquitecta; cardiopneumologista, entre outras profissões).

Já no que diz respeito ao grau de escolaridade, assiste-se a que nove das mães têm o 12º ano (28,1%), e outras nove a licenciatura (28,1%). Cinco das inquiridas (15,6%) possuem o 6º ano de escolaridade, assim como outras cinco adquiriram o 9º ano. Duas das mães (6,3%) concretizaram um bacharelato. Apenas uma das mães (3,1%) tem o 4º ano, e houve um dos inquiridos que não respondeu a este item.

No caso das questões referentes ao pai, sabe-se que em termos de idades, a média é de 42 anos, sendo que o mais novo tem 33 anos e o mais velho 58 anos. Em termos da profissão que desempenham, constata-se uma grande variedade, sendo que quatro deles (12,5%) têm carreiras militares; três dos pais são engenheiros (9,4%); dois dos pais (6,3%) são motoristas; outros dois (6,3%) são técnicos de electromecânica e mais dois são vendedores. Depois constata-se uma série de outras profissões que, tal como aconteceu no caso das mães não se coadunam umas com as outras, sendo casos únicos, como por exemplo, recepcionista; empregado de escritório; gerente comercial; enfermeiro; professor; arquitecto; economista; advogado, entre outras.

Quanto ao grau de escolaridade, sabe-se que sete dos pais (21,9%) possuem o 9º ano. Outros seis pais (18,8%) têm o 6º ano, tal como outros seis pais concretizaram o 12º ano. Cinco dos pais (15,6%) fizeram um bacharelato, e outros cinco têm uma licenciatura. Somente um dos pais completou apenas o 4º ano (3,1%), havendo dois casos em que não se obteve resposta (6,3%).

No que concerne ao estado civil do(s) respondente(s), a grande maioria dos pais das crianças com asma brônquica é casada, ou vive em união de facto (26 casais; 81,3%). Quatro dos inquiridos (12,5%) são separados/divorciados, sendo que um dos pais é solteiro (3,1%). Um dos inquiridos (3,1%) não responde a este item relativo ao estado civil.

Quanto à questão de saber com quem é que a criança coabita, sabe-se que a grande maioria das crianças vive com a família nuclear (25 crianças; 78,1%), querendo isto dizer que vivem com os pais, e com os irmãos (no caso de terem irmãos). Duas das crianças vivem somente com as mães (6,3%), outras duas vivem com a mãe e os seus respectivos irmãos (6,3%), e por fim três das crianças vivem com as mães e avós, e também, em alguns casos, com os seus irmãos (9,4%).

Em relação à questão da criança ter ou não irmãos, sabe-se que quatro das crianças contempladas (12,5%) são filhos únicos. Todas as outras crianças têm irmãos,

nomeadamente vinte crianças (62,5%) têm um irmão; outras quatro (12,5%) têm dois irmãos; duas delas (6,3%) têm três irmãos, e outras duas (6,3%) têm quatro irmãos.

No que diz respeito à última questão proposta neste segundo ponto de recolha de dados, que pretende aferir se a criança falta com frequência à escola ou não, de uma forma unânime todos os pais responderam "não" (N=32; 100%), o que parece ser indicativo de que as crianças com asma brônquica pertencentes a esta amostra, frequentam a escola de forma regular e assídua.

O terceiro ponto do questionário entregue aos pais, tem como intuito recolher informações gerais relativas à saúde da criança, nomeadamente doenças que tenham aparecido durante o seu crescimento e desenvolvimento até à idade actual. Pretende-se também saber acerca da existência de situações de internamento, o(s) motivo(s), a(s) idade(s) em que ocorreram, tal como a sua duração.

3 - Dados de Desenvolvimento de Saúde

1. Doenças que a criança tenha tido (com indicação de idade), incluindo alergias.

Quanto aos dados recolhidos acerca do desenvolvimento de saúde, 29 dos pais inquiridos (90,6%) relatam a existência de doenças no historial da criança. Tendo em conta as diversas categorias formadas relativamente a estas 29 respostas (ver Anexo 11), sabe-se que cinco das crianças (17,2%), manifestaram essencialmente sintomatologia asmática durante o seu período de crescimento. Outras quatro crianças (13,8%) manifestaram quadros alérgicos e também tiveram outras doenças associadas ao próprio desenvolvimento infantil (como por exemplo, varicela). Para além destas, outras quatro crianças manifestaram alergias, assim como sintomatologia asmática e ainda outro tipo de doenças não directamente relacionadas com as perturbações do aparelho respiratório (13,8%). Mais três crianças (10,4%) evidenciaram a coexistência de quadros alérgicos com sintomatologia asmática. Duas delas (6,9%) também revelaram a associação de sintomatologia asmática e outro tipo de situações de doença (como por exemplo, otites e varicela). Nas descrições fornecidas pelos pais também vamos encontrar 6 casos isolados (20,7%), que formam diferentes agrupamentos de categorias, tais como manifestação de quadro alérgico, com sintomatologia asmática, infecções respiratórias e ainda outras doenças não associadas; ou alergias, juntamente com sintomas asmáticos e infecções respiratórias. Também se constatou sintomas asmáticos associados a infecções respiratórias, assim como alergias, em conjunto com infecções respiratórias e outras doenças. Os outros dois casos agrupam o quadro de alergia com infecção respiratória e o de infecções respiratórias com outras

doenças. Por fim, assiste-se a cinco respostas (17,2%) onde somente estão contemplados outros tipos de doenças que as crianças tiveram que não se podem associar às outras categorias (por exemplo, papeira; varicela; mononucleose).

2. Internamento (motivo/idade/duração).

Perante esta questão que remete para a eventualidade de um internamento, constata-se 22 casos (68,8%) em que as crianças necessitaram de ser internadas durante o seu percurso de desenvolvimento. Em relação aos motivos que levaram ao internamento, e de acordo com a categorização das respostas dadas (ver Anexo 11), sabe-se que seis destas crianças (27,3%) sofreram um internamento em virtude de apresentarem sintomatologia asmática, como por exemplo "Crises de falta de ar", "Asma", entre outros. Três crianças (13,6%) foram internadas em virtude de manifestação de sintomatologia asmática, assim como sofreram internamentos por outras causas (por exemplo, "Primeiro foi internado por falta de ar e segundo por dióxido de carbono"; "Operação aos ouvidos e extracção dos adenóides."). Uma das crianças submetida a internamento (4,5%) evidenciou problemas a nível de infecções respiratórias, tais como "episódios de bronquiolite", enquanto outras duas crianças (9,1%) tiveram também internamentos associados a este nível, em conjunto com outro(s) tipo(s) de doença(s)/sintomatologia(s) (por exemplo, "Pneumonia; Infecção respiratória; Gastroenterite e Intoxicação alimentar"). Mais duas crianças (9,1%) foram internadas em virtude de apresentarem, num dos casos, um quadro de alergia, e noutro, sintomas associados à asma brônquica, à infecção respiratória, e outro tipo de sintomatologia. Para além destes casos de internamento, mais directamente relacionados com o quadro clínico que a asma brônquica envolve, constatarem-se ainda 8 casos de internamento (36,4%) devido a outras causas, como por exemplo duas "Cirurgias à garganta e nariz."; "Suspeita de infecção urinária."; "Cirurgia para colocação de tubos por ORL.", entre outros casos documentados. Curiosamente, uma parte considerável destes outros internamentos são devidos a cirurgias que dizem respeito à área de otorrinolaringologia, envolvendo o sistema e aparelho respiratório.

Outras informações:

3. Doenças na família: Asma Brônquica; Doenças Alérgicas; Outras.

Quem?

No que diz respeito à recolha destas informações, do total dos inquiridos, 23 casos (71,9%) indicam a existência de historial de asma brônquica em elementos da família, e 19 casos (59,4%) de doenças alérgicas. Para além destes dados, constata-se que em 16 casos

(50%) existe simultaneamente historial de asma brônquica e doenças do foro alérgico na família. Verificou-se que apenas 4 dos casos contemplados na amostra (12,5%) declararam não existirem doenças na família (incluindo "outras"), e 2 (6,3%) indicam existir apenas "outras" doenças (ver Anexo 11).

4. Caso tenha/m assinalado algo na pergunta anterior, qual a situação actual em termos de saúde desse/s familiar/es?

Na situação de historial de asma brônquica na família (N=23), 7 dos casos (30,4%) não responderam ou os respectivos familiares já faleceram (ver Anexo 11). Dos restantes 16, constata-se que pelo menos 12 dos casos (75%) relatam estarem "Controlado", "Estável", "Medicado" ou "Deixou de ter crises a partir dos 8 anos". Nos outros 4 casos (25%) assiste-se apenas a respostas do tipo "Mantém a doença".

Quanto às doenças de foro alérgico na história familiar (N=19), dos 17 casos que deram resposta relativa à situação actual de saúde, 12 (70,6%) fornecem respostas do tipo "Estável" ou "Controlado".

4 - Dados Relativos à Situação de Doença

Tal como descrito na Metodologia, esta secção visa a recolha de informação mais especificamente focada na situação de doença da criança.

Quanto às primeiras quatro questões (Anexo 4), estas têm como característica geral serem questões abertas e que pretendem recolher informação sobre os sintomas iniciais da doença (mais especificamente os Itens 1 e 2), a idade da criança quando foi feito o diagnóstico (Item 3), e por fim uma pergunta dirigida para as emoções dos pais face ao confronto com a realidade do diagnóstico (Item 4). Estas perguntas foram elaboradas com o intuito de remeter os pais para o momento de vida em que se viram confrontados com o diagnóstico clínico da doença, de modo a que fosse possível aproximá-los mais, tanto a nível temporal como emocional, da situação vivida.

Quanto à recolha de informação referente aos Itens 1, 2 e 3, as respostas fornecidas pelos pais pautam-se pela especificidade relacionada com cada caso/situação, descrevendo então os primeiros sintomas associados ao quadro de doença de asma brônquica (para maior especificidade consultar Anexo 11), com que idade é que esses sintomas apareceram e também a idade em que o diagnóstico foi efectuado. Quanto ao item 4, ao analisar as respostas fornecidas pelos pais das crianças, denota-se que 13 pais (56,5%) revelam ter sentido um misto de receio, medo e preocupação, sendo este o tipo de resposta mais frequente a esta questão. Verifica-se que outros três pais (13%) dizem ter sentido tristeza

aquando a altura do diagnóstico, enquanto outros três referem não terem sentido nada de especial, que foi normal, na medida em que já havia história familiar da doença. Dois dos pais dizem ter ficado admirados e surpreendidos com o aparecimento da doença. Um outro refere que sentiu zanga face ao quadro de diagnóstico, e outro pai faz referência ao factor da dependência dos cuidados médicos, devido a ser uma doença crónica (ver Anexo 12). Quanto às respostas fornecidas neste ponto, parece interessante referir que dos 32 pais questionados, apenas 23 responderam fazendo menção ao que sentiram na altura do diagnóstico. Constata-se que 9 pais (28,1%) não deram respostas nesse sentido, sendo que em 6 casos assiste-se à ausência de qualquer tipo de resposta, enquanto que nas outras 3 situações, as pessoas deram respostas em que remeteram de novo para a sintomatologia física associada ao quadro de doença. Este facto parece ser interessante no que concerne à suposta dificuldade dessas pessoas referirem-se aos sentimentos eventualmente relacionados com a temática, recorrendo uma vez mais aos sintomas físicos já anteriormente mencionados.

5. As alterações de vida sofridas logo após o diagnóstico foram:

Muitíssimas; Muitas; Algumas; Muito poucas; Nenhumas.

Quanto às alterações de vida na família, sentidas logo após ter sido efectuado o diagnóstico médico, 13 dos inquiridos (40,6%) respondem terem sofrido "algumas" alterações nas suas vidas. Outros 7 pais (21,9%) afirmam terem sofrido "muito poucas" alterações nas suas vidas. Apenas 2 pais (6,3%) dizem não terem sofrido "nenhumas" alterações nas suas vidas. No entanto, 6 dos inquiridos (18,8%), afirmam terem sentido "muitíssimas" alterações nas suas vidas, enquanto os restantes 4 (12,5%) dizem que as alterações vividas e sentidas foram "muitas".

6. Se houve alterações, em que áreas se verificaram?

- Nas rotinas e tarefas do dia a dia em casa; Na vida profissional; Nos hábitos de vida; Nas relações com: a criança; o cônjuge; os outros filhos; a família alargada; os amigos e outro/s (Quem?).

De entre os 30 casos que responderam terem sofrido algum tipo de alterações de vida na pergunta anterior, constata-se que:

17 pais (56,7%) sofreram alterações quanto às rotinas e tarefas do quotidiano em casa;

16 pais (53,3%) relatam alterações na vida profissional;

11 pais (36,7%) dizem ter sofrido alterações nos hábitos de vida.

Somente 3 dos pais (10%) dizem ter sentido alterações a nível da relação com a criança, assim como só 2 dos inquiridos (6,7%) afirmam ter vivenciado alterações na relação com o cônjuge. No mesmo sentido, apenas três dos inquiridos (10%) dizem ter havido alterações na relação com os outros filhos.

A grande maioria dos inquiridos não relata ter sentido quaisquer alterações na relação com a família alargada e na relação com os amigos (29 pais; 96,7%).

Somente um dos pais (3,3%) diz ter sentido "outro" tipo de alterações na sua vida, nomeadamente na área relacionada com a escola.

b) Situação Actual

7. Neste momento acha que lida com a doença e com as suas consequências:

Muito bem; Bem; Mais ou menos; Mal; Muito mal.

Quanto a esta questão, onde se pretende recolher informação quanto à forma como os pais lidam com a doença e com as suas consequências, constata-se que metade dos inquiridos (16; 50%) considera lidar "muito bem" com a doença no momento actual. Onze dos pais questionados (34,4%), dizem lidar "bem" com a doença. Verifica-se que apenas cinco pais (15,6%) revelam lidar "mais ou menos" com a situação de doença e as suas consequências.

8. Sente/m que recebe/m o apoio ou a ajuda que precisa/m? Sim; Não.

Se não, de quem gostaria de o receber?

Face a esta questão, 25 pais (86,2%) afirmam que recebem o apoio ou ajuda que precisam, constatando-se que apenas 4 deles (13,8%) respondem que não recebem esse apoio que necessitam (por exemplo: "Da Segurança Social, para ajudar." ou "Um acompanhamento médico contínuo, pois no Hospital, o clínico que vê a criança muda constantemente o que dificulta o diálogo e um trabalho conjunto. Devia ser sempre o mesmo.") (Anexo 12). Quanto a esta pergunta, assiste-se a três situações em que os sujeitos não responderam.

9/10. De que forma a mãe / o pai se sente(m) apoiado(s) ou ajudado(s):

Pelo cônjuge; pelos familiares; pelo médico (equipa); pelas instituições; pelos amigos; outro (Qual?)

Nada; Pouco; Mais ou menos; Muito; Muitíssimo.

No caso das perguntas 9 e 10, que remetem exactamente para as mesmas situações, sendo que cada uma delas se destinava a ser respondida ou pela mãe, ou pelo pai, ou por

ambos, o tratamento dos dados foi feito de forma em que não se tomou como factor determinante o género a que pertencia o progenitor que respondeu. Efectivamente, esta pergunta destina-se a averiguar se os "pais" sentem que recebem o apoio necessário e inquirir a forma como percebem e sentem o apoio recebido por diversos elementos. Tomando em consideração estes objectivos, os dados fornecidos pelos pais e mães que responderam ao questionário foram tratados conjuntamente e seguindo os mesmos critérios para os diferentes sexos, sendo que na situação de ambos terem respondido ao questionário, constatou-se uma redundância entre os tipos de respostas fornecidos, o que também permitiu tratar os dados da mesma forma que nos outros questionários respondidos de modo individual.

Posto isto, constata-se que 16 pais (53,3%) respondem sentirem-se "muito" apoiados pelo seu cônjuge. Seis dos inquiridos (20%) sentem-se "mais ou menos" apoiados, sendo que quatro deles se sentem, em dois dos casos (6,7%) "pouco" apoiados, e em outras duas situações "nada" apoiados pelo marido/mulher. Não obstante, outros quatro casos (13,3%) sentem-se "muitíssimo" apoiados por este elemento. Nesta questão relativa ao apoio sentido por parte do cônjuge, encontram-se duas respostas omissas.

Na situação de apoio/ajuda sentidos por parte da família, doze pais (46,2%) afirmam sentirem-se "muito" apoiados pela mesma. Oito casos (30,8%) referem sentirem-se "mais ou menos" apoiados pela esfera familiar, sendo que em duas situações (7,7%) se sentem "pouco" apoiados. No entanto, há quatro casos (15,4%) que afirmam sentirem-se "muitíssimo" apoiados e ajudados. Também face a este item, constata-se seis casos de ausência de resposta.

Quanto ao apoio sentido por parte do(s) médico(s), a maioria dos pais sente-se muito apoiada, sendo que 15 deles (48,4%) referem sentir "muito" apoio, e outros 10 pais (32,3%) dizem sentir-se "muitíssimo" apoiados. Somente seis casos (19,4%) afirmam que se sentem "mais ou menos" apoiados pelos médicos. Nesta situação, só se verifica a ausência de uma resposta.

Na situação que remete para a percepção do apoio fornecido pelas instituições, doze dos pais (54,5%) referem sentirem-se "mais ou menos" apoiados pelas mesmas. Sete dos progenitores (31,8%) dizem-se "muito" apoiados pelas mesmas. Depois assiste-se a três casos isolados, de um pai (4,5%) não se sentir "nada" apoiado; outro sentir-se "pouco" apoiado, e ainda um outro que se sente "muitíssimo" apoiado. Nesta questão, dez dos inquiridos não emitiram qualquer opinião sobre o assunto.

Na questão que aponta para o apoio social recebido do círculo de amizades, oito pais (42,1%) dizem sentir-se "mais ou menos" apoiados, e outros cinco (26,3%) relatam sentir-se

"muito" apoiados. Quatro deles (21,1%) sentem "pouco" apoio por parte dos amigos, e dois casos (10,5%) revelam sentir que não têm qualquer tipo de apoio. Nesta pergunta, treze dos inquiridos não forneceram qualquer tipo de resposta.

Um único indivíduo (3,1%) afirma que se sente pouco apoiado por parte da escola, no ponto referente a "outro" caso/aspecto que não estivesse contemplado nos itens da pergunta.

c) Contexto Médico

11. Quando surgiu a doença acha que foi:

a) informada/o - Muito bem; Bem; Nem bem nem mal; Mal; Muito mal.

Cerca de metade dos pais, ou seja 15 indivíduos (48,4%) consideram que foram "bem" informados quando surgiu a doença. Outros 11 pais (35,5%) dizem ter sido "muito bem" informados. Somente dois respondentes (6,5%) referem terem sido informados "nem bem nem mal", e três dos inquiridos (9,7%) consideram ter sido "mal" informados. Um dos casos abstém-se de dar resposta.

11. Quando surgiu a doença acha que foi:

b) apoiada/o - MUITÍSSIMO; Muito; Moderadamente; Pouco; Nada.

Novamente constata-se 15 indivíduos (48,4%) que respondem terem-se sentido "muito" apoiados aquando do surgimento da doença. Dez dos inquiridos (32,3%) afirmam terem sido "moderadamente" apoiados. Assistem-se a três casos (9,7%) em que os pais se dizem "pouco" apoiados na altura de surgimento da doença, e outros três onde estes se sentiram "muitíssimo" apoiados. Mais uma vez, uma das pessoas questionadas não responde à pergunta feita.

12. A sua confiança no médico foi: Total; Muita; Alguma; Pouca; Nenhuma.

Dez dos inquiridos (32,3%) relatam terem tido "muita" confiança no médico, e outros 15 (48,4%) dizem ter tido uma "total" confiança no técnico de saúde. Somente cinco casos (16,1%) afirmam que sentiram "alguma" confiança, e um deles (3,2%), revela ter sentido "pouca" confiança no médico. Também aqui se constata que um dos inquiridos não responde a este item.

13. Actualmente acha que é:

a) informada/o - Muito bem; Bem; Nem bem nem mal; Mal; Muito mal.

Metade dos pais que responderam a esta questão (16; 50%) considera que actualmente é "muito bem" informada. Outros 13 inquiridos (40,6%) sentem que são "bem" informados nos dias que correm, sendo que 3 casos (9,4%) consideram que na actualidade são informados "nem bem nem mal".

13. Actualmente acha que é:

b) apoiada/o - MUITÍSSIMO; Muito; Moderadamente; Pouco; Nada.

Catorze pais (43,8%) consideram ser "muito" apoiados na actualidade, sendo que outros oito pais (25%) se sentem "muitíssimo" apoiados. Os restantes dez indivíduos (31,3%) consideram ser "moderadamente" apoiados por parte do contexto médico.

14. A sua confiança no médico é: Total; Muita; Alguma; Pouca; Nenhuma.

Treze dos pais inquiridos (43,3%) referem que a sua confiança no médico é "total", assim como outros treze afirmam ter "muita" confiança no médico responsável. Somente quatro casos (13,3%) revelam ter "alguma" confiança no médico. Duas das pessoas inquiridas não responderam a esta questão relativa à confiança face ao médico.

15. Como acha que é a relação do médico consigo?

Muito boa; Boa; Nem boa nem má; Má; Muito má.

Quanto à qualidade da relação estabelecida entre os pais e os médicos, sabe-se que 16 dos pais pertencentes a esta amostra (51,6%) consideram que a relação do médico consigo é "muito boa". Oito dos pais (25,8%) avaliam-na como sendo "boa". Sete pais (22,6%) consideram que esta relação é "nem boa nem má". Uma das pessoas questionadas não responde à pergunta.

16. Como acha que é a relação do médico com a criança?

Muito boa; Boa; Nem boa nem má; Má; Muito má.

Quanto à percepção que os pais têm da qualidade da relação estabelecida entre o médico e a criança, metade dos pais (16; 50%) considera que esta é "muito boa". Onze dos pais (34,4%) afirmam que a relação médico/criança é "boa". Apenas cinco pais (15,6%) avaliam esta relação como sendo "nem boa nem má".

17. Indique os aspectos que mais valoriza na relação do médico consigo:

Transmitir confiança; Dar informação; Mostrar disponibilidade;

Dar apoio/segurança; Competência técnica.

Os aspectos que os pais mais valorizam na relação do médico consigo são a "competência técnica", sendo que 22 dos inquiridos (68,8%) indicam esta forma, assim como também valorizam a capacidade deste "dar informação" (21 casos; 65,6%).

Constata-se ainda que dezassete pais (53,1%) consideram importantes os aspectos do médico conseguir "transmitir confiança", tal como "mostrar disponibilidade".

O aspecto que surge como menos significativo em termos de valorização da relação dos médicos com os pais é o de "dar apoio/segurança", tendo sido assinalado apenas por 10 dos pais questionados (31,3%).

18. Actualmente como está a situação de doença?

Bem Controlada; Controlada; Mais ou menos controlada; Descontrolada; Bastante descontrolada.

A maioria dos pais considera que neste momento a doença se encontra controlada, sendo que 13 pais (40,6%) avaliam a situação como estando "bem controlada", e outros 15 (46,9%) referem que actualmente a situação está "controlada". Não obstante, quatro pais (12,5%) têm a percepção que a situação se encontra "mais ou menos controlada".

19. Qual a gravidade da doença da criança?

Pouco grave; Moderadamente grave; Grave; Muito grave; Gravíssima.

No que diz respeito à percepção dos pais relativamente à gravidade da doença da criança, sabe-se que 13 dos pais questionados (43,3%) consideram a doença "moderadamente grave" e outros 12 pais (40%) avaliam-na como "pouco grave". Cinco pais (16,7%) percebem a doença dos seus filhos como sendo "grave". Duas das pessoas inquiridas não responderam a esta questão relativa à gravidade da doença da criança.

5. QUESTIONÁRIO PARA OS TÉCNICOS DE SAÚDE DAS CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA

As respostas dos técnicos de saúde que fazem o acompanhamento das crianças com asma brônquica ao questionário proposto foram igualmente tratadas em termos de frequências e percentagens. Do mesmo modo que se procedeu na entrevista para as crianças e no questionário para os pais, as respostas abertas foram submetidas a uma análise de conteúdo (item 4; item 9, ver Anexo13).

Em seguida, procede-se à análise das respostas aos diferentes itens, em termos da sua frequência e percentagem.

Relembra-se que, em termos de acompanhamento técnico, existem 10 Técnicos de Saúde contemplados, dividindo-se pelas diversas instituições de saúde onde se procedeu à recolha da amostra. Todos os técnicos envolvidos na investigação preencheram no cabeçalho do Questionário, na zona referente ao Diagnóstico da Doença, que as crianças entrevistadas possuíam asma brônquica.

1. Como acha que os pais lidam com a doença da criança e com as suas consequências? Muito bem; Bem; Assim/assim; Mal; Muito mal.

De acordo com as respostas fornecidas a este item, os técnicos de saúde consideram que a maioria dos pais lidam "bem" com a doença da criança (17 técnicos; 53,1%). Dez dos pais responsáveis pelas crianças são vistos pelos técnicos de saúde como lidando "muito bem" com a doença (31,3%). Somente cinco dos responsáveis pela criança (15,6%), são avaliados como lidando "assim/assim" com a situação de doença. Nenhum dos técnicos considera que os pais lidam "mal" ou "muito mal" face ao quadro da asma brônquica.

2. Considera que os pais fazem um controlo/acompanhamento da doença:

Muito Bom; Bom; Oscilante; Mau; Muito Mau.

Face a esta questão, 19 dos pais (59,4%) são considerados como fazendo um "bom" acompanhamento e controlo da doença. Doze dos responsáveis pela criança (37,5%), são avaliados como realizando um "muito bom" acompanhamento da situação de doença. Somente um dos pais (3,1%) é avaliado como tendo um comportamento "oscilante" face ao controlo e acompanhamento da doença.

3. Considera que a relação dos pais consigo é:

Muito boa; Boa; Nem boa nem má; Má; Muito má.

A maioria das respostas dadas pelos técnicos quanto à qualidade da relação que os pais mantêm com eles, oscila entre a relação "boa" e "muito boa". Dezasseis dos pais (50%) são vistos como possuindo uma "boa" relação com o técnico de saúde, tal como catorze dos mesmos (43,8%) são avaliados como tendo uma "muito boa" relação com os técnicos de saúde. Somente dois dos pais (6,3%) considerados, são avaliados pelos respectivos técnicos responsáveis pelo acompanhamento da criança, como tendo uma relação "nem boa nem má" consigo.

4. Tem encontrado dificuldades no contacto com a família? Sim; Não.

Se sim, Quais?

Quanto a esta pergunta a grande maioria dos técnicos responde que "não", sendo que trinta destas respostas, o que significa 93,8% das mesmas, vão no sentido do técnico não ter vindo a encontrar dificuldades no contacto com a família. Somente duas das respostas são positivas (6,3%), afirmando o técnico de saúde que tem encontrado dificuldades no contacto com a família. Estas dificuldades centram-se mais nos aspectos relacionados com a assiduidade (por exemplo: "Mas a mãe nem sempre vem (...) julgo que não se apercebe do problema da S.") ou com as competências cognitivas dos pais (por exemplo: "Pais muito primários.") (Anexo 13).

5. Como acha que a criança lida com a sua doença?

Muito bem; Bem; Mais ou menos; Mal; Muito mal.

Quanto a esta questão, que remete para a percepção que o Técnico de Saúde tem da relação da criança com a sua própria doença, a maioria considera que as crianças lidam "bem" com a doença (26 indivíduos; 83,9%). Três técnicos (9,7%) respondem que as crianças lidam "muito bem", e somente dois (6,5%) dizem que estas lidam "mais ou menos" com a doença. Um dos técnicos de saúde contemplados não responde à pergunta.

6. Ao longo do tempo, acha que a criança tem vindo a lidar com a doença:

Muito melhor; Melhor; Na mesma; Pior; Muito pior.

Nesta pergunta, que remete para o modo como a criança tem lidado com a doença ao longo do tempo, constata-se 15 respostas (50%) que revelam que a criança tem vindo a lidar "melhor" com a doença. Assistem-se a 12 respostas (40%) que revelam que o modo de lidar com a situação continua "na mesma". Somente três dos inquiridos (10%) respondem que a forma como a criança tem vindo a lidar com a doença ao longo do tempo é "muito melhor". Dois dos técnicos contemplados na amostra não respondem a esta questão.

7. Qual a gravidade da doença da criança?

Pouco grave; Moderadamente grave; Grave; Muito grave; Gravíssima.

Este item pretende averiguar a avaliação médica das características de gravidade associadas ao quadro de doença, sendo que as respostas revelam que 19 dos casos são considerados como "pouco graves" (59,4%). Quanto aos restantes 13 casos (40,6%) são tidos como "moderadamente graves".

8. Como acha que é a relação da criança consigo?

Muito boa; Boa; Nem boa nem má; Má; Muito má.

A maioria dos técnicos de saúde considera que a relação que a criança mantém consigo é "boa" (25 técnicos; 78,1%). Quatro dos inquiridos (12,5%) sentem que a relação é "muito boa". Por fim, três dos técnicos (9,4%) afirmam que a relação não é boa nem má.

9. Quais as dificuldades que tem encontrado no contacto com a criança?

A maioria dos técnicos de saúde questionados responde não sentir quaisquer dificuldades no contacto com a criança (27; 84,4%). Não obstante, cinco dos inquiridos referem sentir dificuldades no contacto com a criança nomeadamente, algumas que se situam ao nível de determinadas características da criança que parecem dificultar o contacto (3 casos; 9,4%), como por exemplo: "Também me parece tímida e portanto a relação não é tão aberta."; "Tem um "feitio" que não é fácil, mas acho que já está melhor e a relação está melhor (...)". Também surge uma resposta (3,1%) que situa a dificuldade na falta de cooperação da criança na adesão à terapêutica (por exemplo "Não cumpria a terapêutica, mas agora parece-me que percebeu a importância de o fazer e colabora."). Uma outra dificuldade apontada por um dos técnicos de saúde (3,1%) é na base de considerar ter um tempo de interacção reduzido com a criança (por exemplo "Limitação de tempo para interagir.") (Anexo 13).

10. Assinale os aspectos que, do seu ponto de vista, os pais mais valorizam na relação consigo:

Transmitir confiança; Dar informação; Mostrar disponibilidade; Dar apoio/segurança; Competência técnica.

De acordo com as respostas fornecidas sabe-se que 24 dos técnicos (75%) consideram que os pais valorizam a capacidade de "transmitir confiança", tal como a capacidade de "dar informação". Quanto ao "mostrar disponibilidade", verificam-se 22 respostas (68,8%) em que os técnicos demonstram que este é também um dos factores mais valorizados.

Tanto a capacidade de "dar apoio/segurança", assim como a "competência técnica", são consideradas igualmente por 20 dos técnicos de saúde (62,5%), como sendo das características que os pais mais valorizam na relação consigo.

Quanto à possibilidade de acrescentarem "outros" aspectos que considerassem não estarem contemplados naqueles incluídos na pergunta, não se constatou nenhum acréscimo/resposta a este nível.

CAPÍTULO VII

DISCUSSÃO

Neste capítulo, irá proceder-se à discussão dos resultados obtidos pelas crianças com asma brônquica quanto aos diversos domínios que avaliam as dimensões do auto-conceito e as estratégias de elaboração de ansiedade. No mesmo sentido, também irão ser discutidos os resultados obtidos através da "Entrevista para Crianças com Asma Brônquica", do "Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica" e do "Questionário para o Técnico de Saúde".

De acordo com algumas perspectivas teóricas, o estudo do auto-conceito durante a época da adolescência e aquela que a precede é algo de importante, pois este encontra-se associado aos comportamentos ditos saudáveis, sendo também durante essa época da vida que as crianças assumem uma maior responsabilidade quanto aos seus cuidados de saúde (McCaleb, 1985, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000).

Nas crianças com um diagnóstico de asma brônquica que se encontram na fase da pré-adolescência e no início da adolescência, um auto-conceito com características positivas tem vindo a ser associado com a capacidade destas adaptarem comportamentos saudáveis relativamente à asma e à sua auto-gestão (Hazzard & Angert, 1986, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000). Um auto-conceito não tão desenvolvido e mais empobrecido, pode tornar difícil a tarefa das crianças com um quadro de asma procederem à adopção de comportamentos necessários à auto-gestão da doença.

Quanto aos resultados observados através da escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes, de um modo geral verifica-se que as crianças com asma brônquica em comparação com a amostra do estudo normativo (Peixoto e Mata, 1993), e numa análise global, não surgem diferenças consideradas significativas a nível estatístico. No entanto, quando se procede a uma análise por faixas etárias correspondentes a diferentes estádios de desenvolvimento, já ressaltam algumas diferenças.

Não obstante, no caso das crianças que frequentam o 3º ano de escolaridade (com idades compreendidas entre os 8 e 9 anos) e o 6º ano de escolaridade (com 11 anos), verifica-se que quanto aos diversos domínios contemplados por esta escala, tal como a Competência Escolar; a Aceitação Social; a Competência Atlético; a Aparência Física; a Atitude Comportamental e a Auto-Estima Global não se assiste a divergências consideradas significativas aquando a comparação, donde se pode concluir que parte substancial das crianças pertencentes a esta amostra revelam possuir um auto-conceito bem estabelecido e bem fundamentado, de acordo com as informações que se podem retirar da escala.

Estes resultados vão ao encontro de algumas evidências empíricas que sustentam o facto das crianças com asma não apresentarem diferenças quanto ao nível do seu auto-conceito e auto-estima, em comparação com as outras crianças (por exemplo, Lavigne &

Faier-Routman, 1992). Diversos estudos levados a cabo dentro desta temática, têm demonstrado não existir relação entre o grau de severidade da doença e o auto-conceito (Walsh & Ryan Wenger, 1992, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000), ou entre o grau de severidade da doença e desordens emocionais e comportamentais em crianças com asma (Meijer, Griffioen, Van Nierop, & Oppenheimer, 1995, cit. por McNelis, Huster, Marti, & Hollingsworth, 2000), o que vem, de algum modo, sustentar as evidências encontradas nesta investigação.

Não obstante, quando se comparam os dados obtidos pelas crianças com asma brônquica a frequentar o 4º ano com aqueles fornecidos pelo estudo normativo, sobressai uma diferença muito significativa ($p < 0.01$) a nível da auto-estima global no sentido das crianças com asma brônquica, com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos de idade, apresentarem uma auto-estima global bastante superior à das crianças do estudo normativo.

No mesmo sentido, na análise dos resultados das crianças do 5º ano, com idades entre os 10 e os 11 anos (idades correspondentes à fase de latência tardia), vão encontrar-se as maiores diferenças em comparação com a amostra do estudo normativo. Assiste-se a diferenças muito significativas quanto à percepção que as crianças com asma brônquica têm das suas competências escolares e, novamente, da sua auto-estima global. Estas crianças apresentam resultados que vão no sentido de percepcionarem as suas competências escolares como mais elevadas, o que acontece também com a sua auto-estima global. Também nestas crianças se assiste a uma diferença significativa quanto ao domínio da aceitação social, sempre em relação às crianças contempladas no estudo normativo. A maior auto-estima poderá ser um indicador de que estas crianças demonstram ter capacidades de investir em si e de serem investidas pelos outros.

De facto, provavelmente uma maior protecção e apoio decorrentes da doença crónica, podem contribuir para que as crianças se sintam mais investidas nas suas relações intra e inter familiares, e também para que elas próprias invistam mais em determinados domínios, de modo a suplantar algumas limitações que a própria doença pode envolver. Sendo assim, destaca-se uma auto-estima global mais elevada em determinadas faixas etárias, bem como a percepção que estas crianças têm das suas competências escolares, nomeadamente as mais velhas, que possuem um juízo crítico mais elaborado. Esta percepção das competências escolares mais elevadas, vai também ao encontro de outros dados recolhidos através do Questionário para os Pais, que confirmam um alto índice de aproveitamento escolar, assim como de investimento na vida escolar, que pode ser exemplificado através da assiduidade à escola (a nossa expectativa inicial, de acordo com o postulado pelas evidências nesta área, como os índices de absentismo escolar revelados por Cordeiro, 1993; por Weiss, Gergen, &

Hodgson, 1992, cit. por Lemanek & Hood, 1999; pela OMS, 2006, seria que houvesse um maior grau de absentismo devido às limitações associadas e impostas por esta doença crónica). No caso das crianças com asma desta amostra, não se encontram evidências que vão no sentido de existirem problemas associados a este nível.

Curiosamente, são também as crianças mais velhas que demonstram competências mais elevadas quanto ao domínio da aceitação social. Estas crianças encontram-se em plena etapa de desenvolvimento psicossocial, onde a relação entre pares e a inserção em grupos é tida como uma circunstância de desenvolvimento importante. A análise dos resultados referentes a esta amostra revela que, para as crianças com asma brônquica com idades entre os 10 e os 11 anos, a questão da aceitação social e das competências envolvidas na mesma, é algo em que se sentem bastante confortáveis, demonstrando ter um leque de capacidades para fazer face a estas tarefas de desenvolvimento.

No que diz respeito à discussão da análise dos dados obtidos com a prova projectiva "Era uma vez...", neste grupo de crianças com asma brônquica constata-se, de um modo geral, que a utilização das Estratégias com Equilíbrio Emocional são as predominantes. A Estratégia Adaptativa Operacional é a segunda estratégia de elaboração da ansiedade mais utilizada, sendo as estratégias de Impossibilidade e de Negação as menos utilizadas, as quais têm uma expressividade semelhante nas respostas destas crianças.

A análise da evolução de cada uma das estratégias de elaboração da ansiedade em função da idade, revela um aumento progressivo do uso das estratégias mais adaptativas com a evolução da idade. De acordo com o desenvolvimento e o crescimento parece então que, a criança se vai tornando mais capaz de fazer o reconhecimento das emoções e de as elaborar, de uma forma adaptativa, nas diferentes experiências emocionais com as quais se vai deparando, o que vai ao encontro dos resultados do estudo de Pires (2001).

De um modo geral, em termos de evolução da idade, constata-se um aumento das estratégias mais adaptativas, nomeadamente a Estratégia com Equilíbrio Emocional e a Estratégia Adaptativa Operacional, enquanto que se verifica uma diminuição das modalidades consideradas como mais ineficazes para lidar com as emoções, ou seja, a Negação e a Impossibilidade.

Denota-se nas crianças mais velhas um aumento da utilização das Estratégias com Equilíbrio Emocional, bem como das Estratégias Adaptativas Operacionais, que ocorre simultaneamente com a diminuição das respostas de Impossibilidade de resolução adaptativa da situação, assim como de Negação. Estes dados fazem sentido em termos do

desenvolvimento infantil, encontrando-se de forma evidente no estudo de Pires (2001) na amostra de crianças sem problemas psicológicos identificados.

O recurso a estratégias com Equilibração Emocional tem uma predominância significativa em todos os grupos etários, nomeadamente sobre a Estratégia Adaptativa Operacional. De acordo com Pires (2001), e tal como antes foi mencionado, esta estratégia mais predominante é conceptualizada como uma modalidade flexível, rica e complexa, de resolução da situação. A utilização desta estratégia traduz um movimento interno de reconhecimento da ansiedade, permitindo que o recurso à fantasia seja utilizada para equilibrar a experiência considerada como dolorosa, de uma maneira criativa (Pires & Fagulha, 2003/2004).

Numa análise mais detalhada dos dados obtidos em cada um dos Cartões que compõem a prova "Era uma vez..." verifica-se que no Cartão I (Passeio com a mãe), a maioria das crianças deu respostas que revelam o recurso a uma Estratégia Adaptativa Operacional, sendo que as estratégias menos utilizadas para fazer frente à situação emocional proposta neste Cartão são as Estratégias com Equilibração Emocional, seguidas pela Negação e pela Impossibilidade.

A utilização de Estratégias Adaptativas Operacionais traduz um movimento interno de reconhecimento da ansiedade representada naquele Cartão, assim como a tentativa de resolução da situação ansiogénica através do recurso a modalidades que implicam acção. Estas estratégias representam modalidades factuais que implicam a resolução da situação, pressupondo o reconhecimento da realidade crítica ou da aflição, que desencadeia uma solução realística, o que demonstra a capacidade da criança poder enfrentar e resolver a situação problemática apresentada na história (Pires, 2001; Pires & Fagulha, 2003/2004). A Estratégia Adaptativa Operacional destaca-se como sendo a mais utilizada na resolução emocional do episódio proposto por este Cartão a partir dos 9 anos de idade, sendo o recurso mais utilizado pelas crianças de 9, 10 e 11 anos. O recurso à Negação tende a diminuir consideravelmente com o aumento progressivo da idade, constatando-se um padrão semelhante no recurso à Estratégia com Equilibração Emocional.

No Cartão II (Doença) constata-se que a estratégia mais utilizada pelas crianças com asma brônquica é a Estratégia com Equilibração Emocional, fazendo-se seguir pela Impossibilidade. As outras estratégias contempladas, nomeadamente a Negação e a Estratégia Adaptativa Operacional, são as menos utilizadas pelas crianças, para fazer face à problemática despertada pelo Cartão. É importante tomar em consideração que as respostas que evocam Estratégias com Equilibração Emocional, são aquelas que envolvem o reconhecimento por parte da criança da aflição que é suscitada pela situação ou da realidade

que se associa à mesma, sendo que o recurso à fantasia permite uma resolução adaptativa da situação.

Como segunda estratégia mais utilizada, surge a Impossibilidade. Esta estratégia corresponde a uma elaboração da ansiedade desencadeada e despertada pela situação apresentada no Cartão, que falha na possibilidade de conduzir a uma solução adaptativa (Pires, 2001; Pires & Fagulha, 2003/2004). A temática deste Cartão remete para uma situação ansiogénea, onde a resolução do problema proposto - a situação de doença - por vezes se encontra fora das possibilidades de controlo da criança. De facto, este pressuposto não corresponde exactamente ao que se passa no quadro da asma brônquica, uma vez que as crianças experimentam a necessidade de utilizar estratégias e comportamentos para controlar a sua sintomatologia (tal como se verifica nas respostas aos itens 11 e 12 da Entrevista para as Crianças). É a experiência que coloca estas crianças no plano do vivido.

A Impossibilidade de encontrar uma solução viável e adequada para fazer face à situação crítica proposta nesta história, surge logo após a utilização de uma estratégia mais elaborada. A estratégia de Negação, aparece em seguida à de Impossibilidade. A Negação é a estratégia menos utilizada, pois estas crianças já possuem uma experiência de vivência da doença e da possibilidade de controlá-la e viver com ela, apesar das suas limitações.

Considera-se também importante ter em linha de conta que, a situação de estar doente pode ainda ser potencializadora da evocação de uma maior proximidade das figuras parentais e despertar o sentimento de se ser cuidado. Uma vez que a amostra de crianças deste estudo foi diagnosticada com uma doença crónica, e tem experimentado uma atenção e um cuidado especiais por parte da família e da equipa médica, os indicadores fornecidos pelas respostas a este Cartão parecem dizer-nos que a maior parte das crianças consegue lidar com a situação de uma maneira mais adaptativa. Ou seja, no caso desta situação em particular, há evidências que apontam, no sentido destas crianças aceitarem a realidade dolorosa associada ao estado de doença e ao facto de estarem doentes, sentindo-se cuidadas e aprendendo a cooperar no tratamento, recorrendo para isso a Estratégias com Equilíbrio Emocional.

Através da análise dos resultados por faixa etária constata-se que a Estratégia com Equilíbrio Emocional tende a sofrer uma evolução acentuada dos 8 para os 10 anos, sendo a mais utilizada nesta faixa etária, e predominante entre os 9 e 10 anos de idade. Não obstante, nos 11 anos a estratégia mais utilizada passa a ser a Impossibilidade, fazendo-se logo seguir pela Estratégia com Equilíbrio Emocional. Assiste-se também a um decréscimo contínuo da utilização da Estratégia Adaptativa Operacional desde os 8 anos até aos 10 e 11 anos, onde não se registam sequer utilizações deste tipo de estratégia, enquanto que a utilização da Negação tem uma evolução exactamente inversa. Quer isto dizer que aos

8 anos não se assiste à utilização desta estratégia, mas entre os 9 e os 11 anos, verifica-se um aumento da utilização deste tipo de modalidade de confronto com a situação.

Em resumo, e de um modo geral, pode dizer-se que com o desenvolvimento da criança, assiste-se a um aumento progressivo do recurso a estratégias que envolvem a Equilibração Emocional, enquanto que a Impossibilidade de resolver a situação crítica e ansiogénea apresentada, a Negação da mesma e a utilização de Estratégias Adaptativas Operacionais, são modalidades e soluções que tendem a diminuir com a evolução e maturidade. Estes dados vão também ao encontro daqueles encontrados por Pires (2001).

Com base nos dados obtidos através do Cartão III (Passeio à praia), denota-se que as crianças com asma brônquica tendem a utilizar Estratégias com Equilibração Emocional, quanto à resolução da situação proposta neste Cartão que remete para o convívio com os pares. Somente uma percentagem pouco significativa utiliza a Impossibilidade, fazendo-se seguir pela Estratégia Adaptativa Operacional e por fim, a Negação. De acordo com as respostas fornecidas pelas crianças da amostra, que se enquadram maioritariamente nas Estratégias com Equilibração Emocional, estas respostas vão permitir perceber que, para as crianças com asma, a possibilidade do convívio com os pares é vivida e sentida como agradável.

Através da análise dos dados torna-se evidente que em todas as faixas etárias contempladas, a Estratégia com Equilibração Emocional é a mais utilizada. A Negação tende, com a maturidade, a ser a estratégia menos utilizada na resolução da situação proposta, havendo algumas oscilações no uso das outras modalidades de confronto com a situação que implicam a Impossibilidade e a Estratégia Adaptativa Operacional. A nível da Impossibilidade, esta é a segunda estratégia mais utilizada pelas crianças de 9 anos, revelando tendência a ser menos utilizada conforme a evolução da idade. Paralelamente, quando se repara na utilização de Estratégias Adaptativas Operacionais, há um decréscimo na idade dos 9 anos, sendo que depois vai havendo um aumento progressivo da mesma.

As capacidades sociais implícitas na resolução da temática proposta por este Cartão, encontram uma certa correspondência com os dados constatados através da escala de auto-conceito para crianças e adolescentes, onde se tinha observado que no domínio da aceitação social estas crianças não evidenciavam qualquer tipo de problemática, sendo esta uma das áreas que mais sobressai nas crianças que frequentam o 5º ano (com idades entre os 10 e os 11 anos).

No Cartão IV (Pesadelo), verifica-se novamente que a maior parte das crianças da amostra utilizam Estratégias com Equilibração Emocional, como modalidade de confronto com a situação apresentada. Não obstante, e ocupando exactamente a mesma proporção de

utilização encontram-se as Estratégias Adaptativas Operacionais e a Negação. Por último, a menos utilizada é a Impossibilidade.

Na amostra de crianças com asma brônquica, viu-se que tanto a utilização da Negação - onde se assiste à recorrência de sequências de cenas em que a fantasia é utilizada como fuga à situação dolorosa, fazendo com que não se processe o reconhecimento do afecto perturbador (Pires & Fagulha, 2003/2004) -, como de Estratégias Adaptativas Operacionais - que se traduzem num movimento interno de reconhecimento da ansiedade e uma tentativa de resolução da situação ansiogénea, através do recurso a estratégias de acção (Pires & Fagulha, 2003/2004) -, ocupam exactamente a mesma proporção, enquanto modos de elaboração da ansiedade utilizadas face à temática apresentada neste Cartão. A Impossibilidade surge como uma das estratégias menos utilizadas pelas crianças com asma brônquica.

De uma forma mais geral, as Estratégias com Equilibração Emocional caracterizam a resolução da situação neste Cartão. Também o padrão de evolução da Estratégia Adaptativa Operacional com a idade, surge como tendo um desenvolvimento mais atípico, pois na amostra de crianças com asma brônquica, somente aos 11 anos, é que esta se torna mais saliente em relação às demais, tendo tido até aí uma expressividade pouco significativa, quando em comparação com as restantes estratégias de elaboração da ansiedade.

No entanto, uma análise em termos das várias faixas etárias revela algumas características diferenciais. Assim, assiste-se a um aumento significativo da utilização das Estratégias com Equilibração Emocional a partir dos 8 anos de idade, embora aos 11 anos se assista a um decréscimo acentuado na utilização destas estratégias perante a resolução da situação, em detrimento das Estratégias Adaptativas Operacionais. Realmente sobressai que, na maioria dos grupos etários contemplados nesta amostra, a tendência é para utilizarem Estratégias com Equilibração Emocional, sendo que aos 11 anos este tipo de configuração muda de forma significativa, na medida em que como estratégia mais utilizada surge a Adaptativa Operacional, fazendo-se seguir pela Negação e só depois surge a Estratégia com Equilibração Emocional. Curiosamente, a Estratégia Adaptativa Operacional, tem uma evolução praticamente oposta à da Estratégia com Equilibração Emocional, na medida em que até aos 10 anos surge como uma das estratégias menos utilizadas, apresentando inclusive um decréscimo na sua utilização com o aumento da idade, assistindo-se depois a um aumento exponencial aos 11 anos de idade, idade esta que corresponde já a um período de maior maturidade e de possibilidade de lidar com as situações de uma outra maneira. Quanto à Impossibilidade, o seu desenvolvimento de acordo com as faixas etárias apresenta uma forma mais linear, revelando uma tendência para deixar de ser utilizada a partir dos 10 anos.

Entre os 8 e os 9 anos de idade apresenta exactamente a mesma percentagem de utilização, mas a partir dos 10 assiste-se a uma ausência de recurso a este tipo de estratégia. Por outro lado, a utilização de estratégias de Negação revela um padrão mais irregular, na medida em que aos 8 anos surge com uma percentagem igual à com Equilibração Emocional, depois sofre um decréscimo acentuado, sendo que as crianças entre os 10 e os 11 anos, revelam um aumento no recurso à utilização de estratégias de Negação.

No Cartão V (Dia dos anos), verifica-se que a grande maioria das crianças utiliza as Estratégias com Equilibração Emocional, como modalidade de resolução da temática apresentada nesta história. Apenas uma pequena percentagem das crianças com asma brônquica utiliza a Impossibilidade enquanto modalidade de confronto com a situação, fazendo-se seguir pela Estratégia Adaptativa Operacional. Não se registou nenhum caso onde a Negação fosse utilizada como principal estratégia de elaboração da ansiedade.

A nível das frequências de utilização de cada estratégia de elaboração da ansiedade de acordo com as faixas etárias, a estratégia mais utilizada em todas as idades é a com Equilibração Emocional. Aos 8 anos esta é a única estratégia utilizada para dar resposta ao Cartão V, sendo que se denota um pequeno decréscimo aos 9 anos, mas depois novamente aos 10 e aos 11 anos há um aumento na utilização destas estratégias. As restantes estratégias contempladas, têm muito pouca ou nenhuma expressividade ao longo do desenvolvimento pelas diversas faixas etárias.

No Cartão VI (Briga dos pais), encontra-se novamente a Estratégia com Equilibração Emocional como sendo a mais representativa das respostas dadas pelas crianças com asma. Como segunda estratégia mais utilizada, surge a Estratégia Adaptativa Operacional, o que revela que face a esta situação mais ansiogénea representada na temática deste Cartão, as crianças com asma brônquica tendem a fazer uso das estratégias mais adaptativas e evoluídas. A utilização da Impossibilidade aparece como a terceira estratégia, e a Negação, enquanto modalidade de confronto com a situação, é a menos expressiva.

Quanto à evolução destas estratégias por grupo etário, é visível que a com Equilibração Emocional tende a ser utilizada pela grande maioria das faixas etárias, assim como se assiste a um crescimento gradual da utilização da mesma com a maturidade. Por outro lado, a Estratégia Adaptativa Operacional, que surge aos 8 anos como sendo tão utilizada como a com Equilibração Emocional, revela seguidamente um decréscimo aos 9 anos, concomitante com um aumento da utilização da Impossibilidade nesta idade, sendo que depois, revela tendência para aumentar e estabilizar com a idade. A Impossibilidade aparece com um traçado mais irregular, na medida em que aumenta dos 8 para os 9 anos, depois diminui, sofrendo um ligeiro aumento aos 11 anos, sendo sempre uma das estratégias menos

utilizadas. A Negação, que é a menos utilizada revela uma ligeira tendência para ir aumentando com a idade. No entanto, aos 11 anos esta passa a não ser usada.

De acordo com esta sequência pode concluir-se que, as Estratégias com Equilíbrio Emocional tendem a ser as mais utilizadas por, praticamente, todas as faixas etárias, e que com a maturidade parecem aumentar as possibilidades de recorrer a estratégias deste tipo, enquanto se assiste a um declínio, com a evolução da idade, do uso de estratégias menos adaptativas, nomeadamente a Impossibilidade.

No Cartão VII (Escola), constata-se que a estratégia mais utilizada é a Adaptativa Operacional, o que reflecte que face à problemática representada neste Cartão, com todo o cariz ansiogénico que a situação comporta, as crianças com asma brônquica tendem a recorrer a modalidades factuais de resolução da situação, revelando assim o reconhecimento da realidade crítica ou da aflição, fazendo-se seguir por uma solução da realidade que demonstra a capacidade de enfrentar e resolver a situação problemática proposta por este Cartão. A Negação e a Impossibilidade, surgem como as outras duas estratégias mais utilizadas pelas crianças da amostra. A estratégia menos utilizada, e com uma frequência muito pouco expressiva, é a com Equilíbrio Emocional.

Efectivamente, a Estratégia Adaptativa Operacional, considerada como uma das estratégias mais evoluídas e adaptativas, faz-se logo seguir pela Negação e a Impossibilidade, que são estratégias que implicam o não reconhecimento da ansiedade e o insucesso na elaboração adaptativa da ansiedade (Pires & Fagulha, 2003/2004)

Com base na utilização de cada estratégia por grupo etário, no Cartão VII, constata-se que a estratégia Adaptativa Operacional ganha uma maior expressividade a partir dos 9 anos de idade, atingindo o pico aos 10 anos, sendo que aos 11 anos volta a decrescer e fica paralela com a utilização da Negação. No caso da Negação, esta tem uma expressividade semelhante ao longo das diversas faixas etárias contempladas, ganhando um maior destaque aos 11 anos de idade. A Impossibilidade é uma estratégia que vai sofrendo algumas flutuações quanto à sua utilização, na medida em que sofre um decréscimo dos 8 para os 10 anos de idade, mas aos 11 anos volta a ter alguma expressividade. Por último, a Estratégia com Equilíbrio Emocional, surge com menor frequência, e a partir dos 8 anos de idade, não é sequer utilizada.

Tal como Pires (2001) constatou, o recurso a Estratégias Adaptativas Operacionais tende a aumentar consideravelmente com a idade. Esta autora verifica que aos 10 anos estas estratégias apresentam uma frequência muito superior a todas as outras estratégias contempladas, o que constatamos igualmente na amostra de crianças com asma brônquica. A Impossibilidade surge principalmente nas respostas das crianças mais novas, sendo que esta

estratégia tende a diminuir com a idade, facto este constatado por Pires (2001) e igualmente sustentado pelas evidências empíricas deste estudo.

Na realidade, a Estratégia Adaptativa Operacional vai sendo utilizada, de forma progressiva, pelas crianças mais velhas.

De um ponto de vista mais abrangente, ao analisar os estilos de resposta dos sete Cartões que constituem a Prova "Era uma vez...", conseguem-se extrair padrões quanto às estratégias de elaboração da ansiedade utilizadas com maior e menor frequência, para fazer face às diversas situações emocionais propostas pelas histórias apresentadas.

Ao nível do Cartão I e do Cartão VII, os padrões de resposta que surgem remetem para semelhanças nas estratégias mais utilizadas. Estes dois episódios remetem para situações de cariz ansiogéneo, na medida em que um apela para o aspecto da separação de figuras de referência e o outro para a confrontação com a incapacidade da criança dar resposta face às exigências escolares. Perante estas problemáticas, as crianças com asma brônquica tendem, na sua maioria, a responder com base em estratégias que indicam soluções Adaptativas Operacionais, ou então negando e não fazendo o reconhecimento da ansiedade. A Impossibilidade de encontrar uma solução criativa face à situação crítica surge com alguma expressividade no Cartão VII, sendo que a Estratégia com Equilíbrio Emocional é a que aparece com menor frequência e expressividade nestes dois Cartões.

Já quando se observam os padrões de resposta a nível dos outros Cartões (II, III, IV, V e VI), surge de forma evidente que as Estratégias com Equilíbrio Emocional são predominantes. A Impossibilidade (estratégia que traduz o insucesso na elaboração adaptativa da ansiedade) surge como a segunda estratégia mais utilizada numa grande parte destes Cartões. Nestes Cartões, constata-se que com o desenvolvimento se assiste ao declínio das respostas de Impossibilidade de resolver a situação, e a um aumento da possibilidade de fazer uso de Estratégias Adaptativas com Equilíbrio Emocional com a maturidade.

Quanto aos dados recolhidos através da "Entrevista para as Crianças com Asma Brônquica", pode concluir-se que a maioria das crianças entrevistadas sabem porque é que necessitam de frequentar as consultas hospitalares da especialidade de Pneumologia ou Alergologia, sendo que a maioria destas crianças apontam quais as razões pelas quais necessitam deste acompanhamento médico, identificando o quadro clínico ou a sintomatologia que está na base da necessidade de recorrer a este tipo de consultas. Isto permite-nos concluir que a maioria das crianças asmáticas desta amostra, têm noção da sua doença, assim como identificam a causa da necessidade de acompanhamento regular da mesma.

Também se constata que uma parte considerável desta amostra de crianças consegue identificar a sintomatologia associada ao quadro clínico da asma, mostrando assim possuírem conhecimentos ligados à sua doença. Do mesmo modo, denota-se uma grande curiosidade por parte das crianças com este tipo de doença crónica, que querem saber aspectos relacionados com a mesma. Curiosidade também associada ao gosto de aprender, uma vez que novamente, a maioria das crianças demonstraram gostar de aprender e de saber aspectos relacionados com a sua doença.

Este gosto em saber coisas associadas ao quadro sintomatológico que caracteriza a doença que as afecta, reflecte-se nas respostas dadas quanto aos aspectos relacionados com o que lhes custa mais na doença. A verdade é que ao referirem o que lhes custa mais, mencionam aspectos relacionados com a própria sintomatologia asmática, assim como limitações decorrentes e associadas à própria sintomatologia. Associado a este custo, também se constata que boa parte das crianças da amostra sente que existem determinadas limitações e certas restrições quanto ao que podem fazer em virtude de terem asma brônquica, nomeadamente restrições que se situam ao nível das actividades e dos esforços físicos envolvidos numa série de actividades típicas tão divulgadas entre as crianças destas idades, assim como terem cuidados quanto a algumas actividades que impliquem lidar com determinadas substâncias que se sabem ser desencadeadores importantes da sintomatologia asmática. Curiosamente, das crianças que responderam afirmativamente à questão de sentirem que a doença acarreta limitações, e que procederam à identificação de quais as alterações sentidas, apenas uma parte delas disse que lhes era difícil não poderem fazer essas coisas, o que parece indicar que as outras crianças podem já ter começado a desenvolver capacidades no sentido de fazerem algum tipo de habituação face a determinadas restrições e impedimentos em executar aquilo que gostariam devido ao facto de terem asma.

Quanto à questão que remete as crianças para o que é que elas pensam quando se confrontam com o facto de lhes apeter fazer determinadas coisas que devido à existência de restrições impostas pela doença não podem, elas dão diversas respostas expressivas das limitações que sentem. Estas respostas remetem para o sentimento de existência de privações/limitações decorrentes da doença; para o desejo de ausência de doença; para a necessidade de utilização do controlo com base nas consequências sintomatológicas, e do controlo através da medicação, e para a necessidade de recorrer a um auto-controlo de modo a fazer face à situação. Assiste-se também à utilização da negação, como tradução da impossibilidade da criança conseguir expressar o sentir da existência de uma dificuldade associada à limitação que a doença acarreta, já reconhecida pela criança.

Seguidamente, ao depararem-se com a questão que directamente lhes pergunta o que é que fazem em sequência de existirem determinadas coisas que não podem realizar devido a limitações decorrentes da doença, constata-se que as crianças tendem a fazer uso de estratégias que implicam a restrição das actividades, ou a mobilização para outras actividades. Outras crianças, revelam utilizar estratégias de controlo de alívio sintomático para fazer face à situação. Quer isto então dizer que, conseguem mobilizar determinados recursos internos para poderem fazer face à situação e contorná-la, de forma adaptativa.

Também se constata que falar sobre a doença é algo de comum entre estas crianças, pois a maioria delas afirma falar com várias pessoas, nomeadamente com a mãe, o pai, os médicos, as enfermeiras, os professores, os irmãos, com amigos e até com outras pessoas pertencentes ao seu meio social. Poder expressar e partilhar as dificuldades decorrentes da doença permite, certamente, uma melhor elaboração dos sentimentos associados e uma melhor adaptação à doença.

No ponto que diz respeito à relação da criança com o médico e com as prescrições terapêuticas, a maioria afirma que costuma cumprir as suas recomendações. Apenas uma parca percentagem diz que, só às vezes é que costuma fazer aquilo que o médico recomenda, o que parece evidenciar que a maioria destas crianças estão atentas às recomendações e tentam, de acordo com o seu ponto de vista, seguir os conselhos e as prescrições que o médico recomenda. Aliás, estas hipóteses sustentam-se através das respostas dadas à questão seguinte da entrevista, na medida em que todas as crianças afirmam que quando estão doentes os médicos podem ajudá-las, e quanto à percepção relativa à possibilidade dos médicos poderem ajudar a criança a sentir-se melhor, pois novamente a grande maioria das crianças afirma ser real essa possibilidade. Também se verifica que uma boa parte destas mesmas crianças sente que pode fazer determinadas coisas para melhorar quando se encontra doente, assim como consideram ser capazes de fazer o que precisam para melhorar, revelando que possuem estratégias para poderem lidar com a situação. Quanto à questão de influências exteriores, como o ter sorte ou ter azar, uma parte considerável das crianças acha que se tiver azar e se tudo correr mal, não vão conseguir melhorar tão depressa. Quando se trata da sorte, uma parte mais substancial e significativa da amostra acredita que tudo vai correr melhor, e se tiverem sorte vão melhorar mais depressa. A distribuição de respostas positivas pelas diferentes faixas etárias quanto à questão da sorte e do azar, e da sua intervenção na doença, é proporcionalmente semelhante. Existe, pois, uma expectativa positiva na maioria das crianças face à evolução da doença.

Quanto à possibilidade de existência de alguma razão para as crianças terem ficado doentes, a maioria delas nunca pensou em nenhuma razão para ter asma. Somente uma

pequena percentagem das crianças da amostra afirma já terem pensado em algumas razões para terem a doença, nomeadamente razões hereditárias, ou motivos atribuídos a uma causalidade interna ou causalidade externa.

O mesmo se constata quanto à possibilidade da criança considerar alguém, ou alguma coisa, culpada por ter a doença. Novamente se constata que, somente uma pequena parte das crianças com asma considera que existe algo a que atribuem as culpas da doença, nomeadamente a causas hereditárias ou agentes externos identificados como causadores da doença.

Depois de todas estas questões que remetam para a vivência da doença, para a sua sintomatologia e para o modo como estas crianças vivenciam a doença, conclui-se que todas elas consideram que não são tratadas de maneira diferente por terem uma doença. Quando se questiona um pouco mais a fundo este tema de se sentirem tratadas de maneira diferente por terem uma doença, nomeadamente se determinadas pessoas pertencentes à sua esfera social as tratam melhor, pior ou na mesma, a maioria das crianças respondem que as diversas pessoas contempladas as tratam melhor ou na mesma, não se assistindo a respostas negativas de forma significativa quanto à percepção que as crianças têm do modo como são tratadas pelas diferentes pessoas.

No que diz respeito à percepção que as crianças têm de si próprias no presente, em comparação com as outras crianças, quanto ao facto de se sentirem, ou não, diferentes das outras crianças, devido ao facto de terem uma doença, a grande maioria refere que não. Este tipo de percepção positiva que as crianças têm de si mesmo e da sua doença em relação às outras crianças no momento actual, vem a confirmar-se quando a totalidade das crianças responde que considera que quando forem adultos não vão ser diferentes das outras pessoas por terem asma.

Do mesmo modo, e quanto à perspectiva de futuro, praticamente metade das crianças consideram que vão ficar curados; e outra parte substancial responde que vai ficar melhor, e apenas quatro delas pensam que vão continuar como estão, ou seja a ter a doença. Isto revela que quanto à percepção que as crianças têm da sua doença, esta não implica nem acarreta limitações graves quanto ao seu futuro, chegando a pensar que poderão até ficar totalmente curados. Não obstante, uma parte considerável das crianças parece revelar uma consciência da cronicidade da doença, achando que vão poder ficar melhor com a continuidade do tempo, mas que esta se irá manter.

Quanto à questão que remete a criança para o futuro, nomeadamente no que concerne ao que a criança quer ser quando crescer, assiste-se a uma grande variedade de respostas dadas pelas crianças, que envolvem diversas profissões e que contemplam áreas como as

Artes e o Espectáculo, o Desporto, o Ensino, a Saúde, entre outras. Apenas uma das crianças revela dúvidas em relação à possibilidade de exercer a profissão que desejaria, pelo facto de ter a doença. Isto parece ser indicador de que as crianças não sentem a sua doença como limitadora ou impossibilitadora de levarem a cabo os seus projectos futuros, embora anteriormente tenham demonstrado a capacidade de reconhecer que esta implica algumas limitações quanto a determinados aspectos relacionados com a sua vida actual.

No que diz respeito aos dados recolhidos através do Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica, pode-se desde logo concluir que o facto dos seus filhos terem uma doença crónica como é o caso da asma, não significa que esta seja considerada como uma fonte de absentismo escolar no caso desta amostra de crianças, o que permite eventualmente deduzir que a doença se encontra estabilizada e controlada, sem ser extremamente grave, permitindo que estas crianças frequentem a escola de forma regular e assídua.

A partir dos dados recolhidos acerca do desenvolvimento de saúde, grande parte dos pais relatam a existência de doenças no historial de vida da criança, nomeadamente sintomatologia asmática e quadros alérgicos, assim como outras doenças associadas ao desenvolvimento infantil.

O mesmo se constata quanto à questão dos internamentos, sendo que uma parte substancial destas crianças foi internada durante o seu percurso de desenvolvimento, grande parte dos mesmos devido a motivos relacionados com o quadro de asma brônquica, como sintomatologia asmática, quadros alérgicos, e outras afecções do sistema respiratório.

Da mesma forma que se verificaram antecedentes no historial da criança que demonstram haver uma predisposição para o desenvolvimento de um quadro de doença asmática, também a frequência de problemas do tracto respiratório em elementos da família próxima é algo significativamente presente nesta amostra. Sabe-se que grande parte da amostra tem história de familiares com asma brônquica, assim como de doenças alérgicas, dados estes que vão ao encontro de evidências descritas na literatura quanto ao papel da hereditariedade e influência de factores genéticos no desenvolvimento do quadro de asma. (Falardeau, 2000; Gaspar, Almeida, Pires, Prates, & Rosado Pinto, 2001; Todo-Bom & Pinto, 2006).

Na medida em que uma percentagem considerável dos familiares respondeu que já tinha tido, de alguma maneira, contacto com doenças deste foro, devido a eles próprios terem a doença ou alguém próximo da família, a maioria refere que sentiu algumas mudanças na sua vida após o diagnóstico da doença aos seus filhos, enquanto que outra parte diz que as

mudanças sentidas foram muito poucas. No entanto, uma percentagem considerável diz ainda ter sentido muitíssimas mudanças nas suas vidas. As mudanças e alterações sentidas por parte dos pais foram, principalmente, a nível das rotinas e tarefas do quotidiano em casa, alterações na vida profissional e alterações nos hábitos de vida.

Com base na perspectiva dos pais face ao modo como consideram lidar com a doença da criança e as suas consequências na situação actual, metade considera lidar muito bem com a doença, e uma grande parte dos inquiridos diz lidar bem com a mesma. Somente uma pequena parte dos pais inquiridos revela lidar "mais ou menos" com a doença e as suas consequências.

Comparando a perspectiva dos pais com a dos Técnicos de Saúde, em relação à forma como os pais lidam com a doença da criança, de um modo geral assiste-se a uma concordância, sendo que os pais revelam ter uma perspectiva ainda mais positiva do modo como lidam com a doença, na medida em que metade dos inquiridos respondem que lidam muito bem com a mesma, enquanto que os técnicos de saúde consideram tendencialmente que estes lidam bem com a doença. A comparação com as respostas fornecidas pelos Técnicos de Saúde, perante a sua perspectiva quanto ao modo como consideram que os pais lidam com a doença, revela também uma concordância uma vez que consideram que os pais não lidam mal, nem muito mal com a doença.

Em relação à percepção do apoio que os pais sentem receber, grande parte deles sentem-se apoiados e ajudados. De uma forma mais específica, constata-se que metade dos pais da amostra se sente muito apoiada pelo seu cônjuge, assim como uma parte significativa da mesma sente-se apoiada pela família mais próxima. De forma maioritária, os pais sentem-se bastante apoiados pelos médicos ou pela equipa médica que segue os seus filhos. No entanto, esta já não corresponde à percepção que os pais têm por parte das Instituições, na medida em que uma parte substancial se sente mais ou menos apoiada pelas mesmas.

Já dentro do contexto médico, e de acordo com as perguntas que se direccionam mais para a altura do surgimento da doença, considera-se que cerca de metade dos pais se sentiram bem informados naquela época, e praticamente a maior parte da outra metade dos pais acha que foi muito bem informada. Também se constata que, praticamente metade dos pais da nossa amostra se sentiu muito apoiada quando do aparecimento da doença. Não obstante, uma parte substancial diz ter-se sentido moderadamente apoiada. Curiosamente, quanto à confiança sentida no médico, praticamente metade da amostra diz ter sentido uma total confiança no médico, e outra parte significativa diz ter tido muita confiança no técnico de saúde.

Quanto ao momento actual, metade dos pais consideram-se muito bem informados, ou então bem informados, o que demonstra que, como é de esperar, estes pais, no momento presente se sentem mais bem informados do que quando apareceu a doença. Em relação ao apoio, também a percepção dos pais aumentou na medida em que a maior parte deles se consideram muito ou muitíssimo apoiados. Em conformidade com as respostas anteriores face à confiança sentida no médico, esta continua a ser avaliada como total ou muita confiança.

No que concerne à perspectiva que os pais têm da qualidade de relação que mantêm com o médico, metade da amostra considera ter uma muito boa relação, e uma outra parte substancial acha que tem uma boa relação com os técnicos de saúde. Estes dados vão igualmente ao encontro daqueles fornecidos pelos técnicos de saúde quanto à percepção da relação que têm com os pais das crianças, na medida em que a maioria dos técnicos afirma manter uma muito boa ou uma boa relação com os pais das crianças. Daí que se considere haver uma concordância considerável no que diz respeito à percepção da qualidade da relação por ambas as partes, no sentido de esta ser qualificada como boa.

Ainda dentro da temática das relações e da percepção que os pais têm das mesmas, metade dos inquiridos avalia a relação que o médico estabelece com a criança como sendo muito boa. Outra parte considerável da amostra considera que a relação é boa, assistindo-se somente a uma pequena porção que avalia a relação como sendo "nem boa nem má". Quanto à percepção que os técnicos de saúde têm da sua relação com as crianças, a grande maioria afirma ter uma boa relação com as crianças que são suas pacientes, sendo que somente uma pequena parte não significativa considera ter uma relação muito boa com a criança. Deste modo, parece que os pais têm uma visão mais positiva da relação que os seus filhos mantêm com o técnico de saúde, e ela seja geralmente considerada como uma boa relação. Esta informação serve como indicador de sucesso no estabelecimento de uma relação terapêutica bem fundada, factor apontado como um bom prognóstico para prevenção e intervenção na asma (Cordeiro, 1993; Morgado, Pires, & Rosado Pinto, 2000; Campos, 2003).

Remetendo novamente para a qualidade da relação entre os pais e os técnicos de saúde, os aspectos que aqueles mais valorizam na relação com o médico são a competência técnica e a capacidade destes fornecerem informação qualificada. Constatou-se ainda que, de forma significativa, a capacidade do técnico de saúde transmitir segurança e mostrar disponibilidade são também factores valorizados. Comparando com a perspectiva do técnico de saúde, estes consideram que os pais valorizam mais a capacidade de fornecer informação qualificada e de transmitir segurança. A capacidade de mostrar disponibilidade é também considerada pelos técnicos de saúde como um aspecto valorizado na relação com os pais.

Também a maioria dos técnicos de saúde questionados referem que a capacidade de dar apoio/segurança, tal como a competência técnica são aspectos considerados como sendo importantes para os pais das crianças, embora não apareçam com tanta relevância como os outros aspectos. A competência técnica que é considerada pelos pais como ponto fundamental na sua relação com os técnicos, é vista por estes como importante, mas não tão relevante quanto os pais a consideram. Será provavelmente para os técnicos de saúde uma questão mais pessoal - sentirem-se competentes na sua actividade profissional - face à qual valorizam, na relação, a capacidade de dar apoio e segurança.

Com o tipo de acompanhamento fornecido em âmbito hospital e na consulta de ambulatório, assim como o investimento destes pais nos cuidados médicos prestados aos seus filhos, a grande maioria dos pais considera que actualmente a doença se encontra de um modo geral, controlada e estabilizada.

Independentemente da percepção que os pais têm da doença se encontrar, na maior parte dos casos, estabilizada e controlada, no que diz respeito à percepção que têm quanto à gravidade da doença da criança, uma parte considerável dos mesmos considera-a moderadamente grave, enquanto a outra parte a avalia como pouco grave. De certa maneira esta percepção vai ao encontro daquela que os médicos têm acerca da gravidade do quadro, na medida em que a maior parte deles afirma que a asma das crianças da amostra é classificada como pouco grave e moderadamente grave, sendo a proporção de pouco grave superior àquela considerada pelos pais.

Quanto às conclusões gerais das respostas fornecidas pelos técnicos de saúde que fazem o acompanhamento das crianças da amostra, pode-se dizer que estes consideram que a maioria dos pais faz um bom acompanhamento e controlo da doença da criança, havendo uma proporção significativa avaliada como fazendo um muito bom acompanhamento da situação da doença, o que indica que os técnicos de saúde têm uma percepção bastante positiva quanto às capacidades dos pais realizarem um controlo e acompanhamento da doença eficaz. Ao mesmo tempo, este tipo de resposta que relata confiança nas capacidades dos pais fazerem um bom acompanhamento da doença, assim como a percepção positiva que os técnicos de saúde têm da relação estabelecida com os mesmos, é concordante com o facto da grande maioria dos médicos afirmar que não tem vindo a encontrar grandes dificuldade quanto ao contacto estabelecido com a família.

A percepção e avaliação positiva que os técnicos fazem da relação com os pais e da sua capacidade de acompanhamento da doença, também aparece reflectida quando da avaliação que o técnico de saúde faz em relação às capacidades que a criança tem para lidar

com a sua doença. A maioria dos técnicos considera que a criança actualmente lida bem com a sua doença. No mesmo sentido, fazem uma avaliação que se pode considerar como positiva do percurso de desenvolvimento que as crianças têm vindo a fazer quanto às capacidades para fazer face à doença, pois cerca de metade dos técnicos dizem que as crianças têm vindo a lidar melhor com a sua doença. No entanto, ainda se assiste a uma proporção significativa no sentido da avaliação revelar que algumas crianças continuam a lidar da mesma forma com a situação, o que pode ser indicador de uma não evolução de comportamentos mais adequados e adaptativos face à doença.

De acordo com a própria perspectiva que os técnicos de saúde têm da relação que mantêm com a maioria das crianças, o balanço é positivo, pois a grande maioria dos técnicos de saúde dizem não sentir quaisquer dificuldades no contacto com a criança a nível do estabelecimento da relação terapêutica. No entanto, ainda se assiste a uma pequena proporção de respostas que vão no sentido das dificuldades vividas na relação com a criança, sendo que estas se situam ao nível de algumas características da criança que parecem dificultar o estabelecimento da relação médico/paciente. Estas dificuldades apontadas pelos técnicos de saúde, demonstram a preocupação e a atenção que os mesmos têm perante estes factores importantíssimos da criança que podem estar na base de dificultar algo que é considerado fundamental no caso das doenças crónicas, e para que a intervenção nas mesmas seja bem sucedida, que é a relação entre doente e técnico de saúde. Este tipo de resposta ilustrativa de algumas dificuldades sentidas, vem demonstrar que os próprios técnicos, quando se deparam com certas dificuldades no estabelecimento da relação sentem que elas podem ser prejudiciais ao acompanhamento, pois já antes revelaram ter a percepção da importância do estabelecimento de uma boa relação com a esfera familiar em que a criança se encontra inserida, assim como com a própria criança. No entanto, é só uma parca percentagem de técnicos de saúde que percebem algumas dificuldades, e mesmo assim percebem que a relação estabelecida com a criança pode-se considerar como razoável.

Daí que se possa concluir que o bom acompanhamento fornecido pelos técnicos de saúde pode, efectivamente, facilitar bastante a vida das crianças com asma brônquica, o que demonstra bem a importância de um acompanhamento médico continuado, assim como a importância do estabelecimento de uma relação entre a equipa médica, a criança e a família, relação que inspire confiança e permita abordar questões que são importantes para o controlo da doença e para a adaptação da criança e da família a formas adequadas de lidar com uma situação que exige vigilância continuada por um tempo indeterminado e, provavelmente, longo.

Tal como Cordeiro (1993) afirma: "Se os conhecimentos científicos e tecnológicos evoluíram exponencialmente nas últimas décadas, também se modificou a atitude dos profissionais de saúde em relação às doenças, nomeadamente às doenças crónicas. A família, a escola e a comunidade onde a criança vive passaram a ser elementos indispensáveis na abordagem terapêutica e preventiva da asma. Esta atitude, que passa pelo reconhecimento da importância da informação e da comunicação, e pela abordagem multidisciplinar do problema, para além de corresponder a um direito da criança e a um dever dos profissionais, revela-se também a mais eficaz, eficiente e gratificante." (p. 208).

CONCLUSÕES

A presente investigação teve como objectivo analisar o modo como as crianças com asma brônquica vivenciam a doença, o seu auto-conceito e as estratégias de elaboração da ansiedade. De forma paralela e complementar, propôs-se analisar a perspectiva dos pais destas crianças acerca do modo como elas vivenciam a doença, e a percepção que têm sobre os efeitos que a doença exerce nas suas próprias vidas e na família. No mesmo sentido, procurou-se compreender a perspectiva do técnico de saúde responsável pelo acompanhamento médico, acerca da criança, da forma como ela lida com a doença, e a percepção da relação que o técnico mantém com aquela e com os seus pais.

Procurou-se uma abordagem que integrasse uma compreensão dos vários factores envolvidos no processo de acompanhamento da criança, numa perspectiva sistémica, que permitisse extrair conclusões acerca da interacção entre a criança, a família e a equipa de saúde, na adaptação da criança e da respectiva família a esta doença crónica.

Estes aspectos foram avaliados num grupo de 32 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos, com diagnóstico de asma brônquica (há, pelo menos, um ano), junto dos seus pais e do técnico de saúde responsável pelo acompanhamento da criança e da família, em três Instituições de Saúde, nomeadamente no Hospital de Santa Maria e na Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, em Lisboa, e no Hospital Garcia de Orta, em Almada.

Com base nos resultados obtidos através da percepção que a criança tem sobre a sua doença pode-se concluir que, as crianças da amostra estudada têm uma informação global sustentada da sua doença, o que ajuda em muito a compreensão de algumas limitações gerais associadas à mesma e a procura eficiente de estratégias adaptativas e compensatórias. De um modo geral, as crianças desta amostra, contam com a colaboração dos pais e da equipa de saúde, e parecem dispor de recursos adequados para fazer face às dificuldades emergentes do quadro de doença, utilizando estratégias e formas variadas de compensar as adversidades com que se deparam.

Em relação à primeira hipótese levantada, parece poder encontrar-se uma influência - neste caso, positiva - da doença sobre o auto-conceito, em vários domínios desta dimensão, e na auto-estima global. Esta constatação, que inicialmente pareceu surpreendente, conduz-nos à hipótese de que os cuidados e atenção recebidos, por parte da família e da equipa médica, conduzem a um sentimento de capacidade para lidar com as dificuldades, que resulta num sentimento de capacidade pessoal, e numa mais-valia nos recursos para enfrentar diversas áreas de actividades e envolvimentos.

No que diz respeito ao modo como as crianças com asma brônquica desta amostra elaboram as suas emoções, nomeadamente as estratégias que utilizam para fazer face à

ansiedade, no contexto da prova "Era uma vez...", os resultados vão no mesmo sentido. Ou seja, em comparação com um grupo normativo (Pires, 2001), verifica-se que estas crianças tendem, de um modo geral, a utilizar estratégias mais adaptativas - Estratégia com Equilíbrio Emocional, a mais frequente, logo seguida da Estratégia Adaptativa Operacional -, e a utilizar com menos frequência as estratégias mais imaturas e menos eficazes - Impossibilidade e Negação.

A evolução de cada uma das estratégias de elaboração da ansiedade em função da idade apresenta um padrão semelhante ao que Pires (2001) encontrou, nomeadamente um aumento progressivo do uso das estratégias mais adaptativas com a evolução da idade. De acordo com o desenvolvimento, a criança vai-se tornando mais capaz de fazer o reconhecimento das emoções e de as elaborar, de uma forma adaptativa, nas diferentes experiências emocionais com as quais se vai deparando.

Com base na leitura destes dados, a segunda hipótese proposta, no sentido que a asma brônquica nas crianças afecta o modo de enfrentar as experiências ansiogénicas, dificultando a utilização de estratégias mais adaptativas, não encontra evidências empíricas neste trabalho. Na realidade, a utilização e evolução das estratégias de elaboração da ansiedade seguem um padrão semelhante àquele que sucede de acordo com as etapas de desenvolvimento contempladas nas crianças. De facto, as crianças com asma brônquica desta amostra, não revelam mecanismos de elaboração da ansiedade menos desenvolvidos que as crianças do estudo da amostra normativa. Pelo contrário, pois através do Cartão II da prova "Era uma vez...", o qual evoca ansiedades relacionadas com uma situação de doença, estas crianças evidenciam a utilização de maior número de estratégias adaptativas, em comparação com a amostra normativa. A doença não constitui para elas um desconhecido assustador, mas uma situação não só conhecida, experimentada continuamente, mas ainda controlável. Lidar com o sofrimento, de forma apoiada e protegida, leva certamente ao desenvolvimento de recursos pessoais para o enfrentar com menos medo e mais confiança nesses recursos pessoais.

Esta conjectura encontra-se directamente associada à terceira hipótese levantada, de que a percepção que os cuidadores primários (pais) têm do tipo de apoio fornecido pelas instituições de saúde e pelos técnicos de saúde responsáveis pelo acompanhamento da criança, influencia o modo como lidam com a doença da criança e a relação que com ela estabelecem. Efectivamente, os dados recolhidos através do Questionário para os Pais indicam que a percepção do apoio recebido pelo técnico de saúde que acompanha o seu filho é visto como bom, o que certamente os ajuda a eles próprios a compreenderem e a lidarem com a doença, e com a criança doente, de uma forma mais adaptada. Confiantes na equipa

médica, e sentindo-se apoiados, tenderão a transmitir um sentimento de apoio e confiança aos seus filhos, constituindo um bom modelo e suporte para eles.

No caso da amostra de pais, e tomando em consideração a descrição das características sociodemográficas da mesma, observa-se uma grande variedade no que respeita ao nível socioeconómico e profissional, mas verifica-se sistematicamente uma percepção positiva dos técnicos de saúde, e das instituições a que recorrem.

Um aspecto fulcral desta investigação é, na nossa opinião, o reconhecimento da importância da equipa de saúde nos aspectos de competência e disponibilidade, que constituem alicerces da relação de confiança que se estabelece entre a equipa, a criança e os pais. É inegável que a doença traz sofrimento, e que este é mais continuamente presente na doença crónica. No entanto, quando a criança (ou o adulto) que sofre, se sente apoiado e confiante nos seus recursos, pode ser fonte de desenvolvimento. A falta de apoio ocasionaria certamente, a sensação de insegurança, incapacidade para enfrentar as adversidades e limitações, e até desespero.

Estas conclusões naturalmente que não se podem generalizar à população de crianças com asma, mas permitem concluir que apesar de todas as limitações decorrentes de um quadro de doença crónica, se as crianças e os pais forem alvo de um bom acompanhamento, continuado e sistematizado, podem conseguir ultrapassar as suas dificuldades e viver de forma adaptada e adequada com a sua doença. Realmente, os aspectos mais visíveis e práticos que ressaltam destas evidências é que, a natureza da relação existente entre os serviços hospitalares e a família, tem os seus frutos na adaptação da criança face à doença.

Considero que este estudo permite um olhar transversal sobre a doença crónica, onde contempla a multivariabilidade de processos psicológicos implicados na vivência e adaptação à mesma. Na realidade, considerou-se a percepção da criança em relação à sua doença, para além de se ter proposto compreender de uma outra forma o auto-conceito nas crianças com asma brônquica e o modo como elas elaboram as emoções, nomeadamente a ansiedade. Sendo assim, contemplaram-se diversos aspectos que se encontram intimamente envolvidos com o processo de adaptação psicológica emocional e comportamental, com o objectivo de tentar compreender melhor os mecanismos utilizados pelas crianças asmáticas.

Para além disso, também se teve em linha de conta a perspectiva dos pais, que por vezes não é tão levada em consideração. A sua perspectiva, e a percepção que têm sobre a doença, podem ser comparadas com a perspectiva das crianças e com a dos técnicos de saúde que as acompanham. Assim, neste estudo não só se teve em consideração a importância que a perspectiva da criança tem sobre a sua doença para a compreensão dos mecanismos

psicológicos associados à mesma, como também se considerou fundamental levar em linha de conta a vivência dos pais sobre a doença e a perspectiva que os médicos têm acerca da relação terapêutica estabelecida com a criança e com os seus pais, prestadores de cuidados primários, considerados muito importantes no seguimento do quadro de doença crónica.

Por último, uma referência às limitações deste trabalho. Como atrás referimos, as conclusões não podem ser generalizadas às crianças com asma brônquica, nomeadamente às muitas (como se indicou na revisão teórica) que não usufruem dos cuidados de saúde adequados.

A recolha da amostra de 32 crianças, embora se possa considerar aceitável, foi uma das grande dificuldades com que nos deparámos, e gostaríamos de ter podido recolher uma amostra mais vasta, e num maior leque de idades, mas as dificuldades de utilização de amostras clínicas, e o tempo limitado para a realização do trabalho, impuseram-nos este limite. De realçar ainda a boa vontade dos pais para dar o seu tempo, bem como a sua motivação para colaborar no estudo numa temática que os afecta, e cujos dados poderão servir para uma melhor compreensão do ponto de vista psicológico. De facto, a recolha de dados foi sempre efectuada durante o horário das consultas, o que por vezes trazia constrangimentos aos pais e às crianças devido a outros compromissos que já tinham agendado. Não obstante, há que salientar que todos aqueles que participaram neste estudo, o fizeram de livre vontade, mostrando disponibilidade para participarem, o que se torna numa mais valia em termos da motivação e disponibilidade necessárias e importantes para tentar contornar outro tipo de variáveis que podem influenciar a recolha dos dados.

Para além disso, também existem algumas vantagens na utilização de amostras mais pequenas, como é o caso, onde se pode analisar mais os aspectos qualitativos, de modo a poder pôr hipóteses no sentido explicativo e integrativo dos resultados.

A "Entrevista para as Crianças com Asma Brônquica", o "Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica" e o "Questionário para o Técnico de Saúde" foram construídos com base na investigação realizada no âmbito de outras doenças crónicas (Santos, 1999), e não foram testados na população de crianças com asma brônquica. Na realidade, não foi possível conciliar as condições necessárias e favoráveis para executar um estudo piloto com estes instrumentos. Na medida em que nos deparámos com dificuldades várias na recolha da amostra que se enquadrasse dentro dos requisitos estabelecidos para poder fazer parte deste estudo, a impossibilidade de procedermos a um ensaio experimental destes instrumentos com crianças com asma brônquica transformou-se numa barreira à sua execução. No entanto, o seu estudo prévio no âmbito da doença crónica constitui uma

indicação segura para a sua utilização como base de trabalho. A colaboração de alguns técnicos especialistas na área da asma brônquica constitui uma ajuda relevante para adaptar alguns itens, de forma a adequá-los à realidade das crianças com asma brônquica.

Este estudo é um estudo transversal, e como tal não foi possível estabelecer comparações entre as mesmas crianças em diferentes fases da sua vida e diferentes etapas de adaptação à doença. Considera-se que seria interessante poder investigar o quadro da asma enquanto doença crónica inserido no processo de crescimento, de desenvolvimento e de adaptação da criança, desde o seu diagnóstico até idade adulta. Tal poderia fornecer uma perspectiva muito mais holística e abrangente dos processos implicados na adaptação à doença, assim como a descrição mais completa do papel da família e da instituição de saúde neste processo. É, talvez, uma sugestão para uma continuidade dos estudos nesta temática, a possibilidade de poder seguir as crianças e famílias contactadas e estudadas nesta investigação. O estudo de jovens adolescentes com a doença, parece ser também desafiante, pois esta é uma etapa de vida caracterizada por uma série de mudanças, tanto físicas como comportamentais, e por isso seria de todo o modo interessante voltar a estudar estas crianças, assim como as variáveis psicológicas contempladas, dentro de dois a três anos, podendo acompanhar a evolução dos diferentes aspectos que se encontram subjacentes à adaptação à doença.

A verdade é que existem diversos caminhos que podem ser traçados no percurso da investigação dentro desta temática, e este foi só um passo, mas estimulante, e a que espero poder dar continuidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J. P. & Viana, M. C. (1990). Desenvolvimento psicológico da criança com doença crónica. In I. Botelho, J. P. Almeida, M. I. C. Geada & J. M. R. M. Justo (Eds.), A Psicologia nos Serviços de Saúde (pp. 75-86). Lisboa: Apport.

Ávila, R., Mendes, J. P., Arrobas, A. M, Bugalho de Almeida, A. & Lucas, C. G. (2003). Asma Brônquica. In M. J. Marques Gomes & R. Sotto-Mayor, (Eds), Tratado de Pneumologia. Volume I (pp. 875-920). Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer.

Barros, L. (1996). Contribuição do estudo das significações sobre saúde e doença para as intervenções em psicologia pediátrica. Análise Psicológica, 2-3 (XIV), 215-230.

Barros, L. (2003). Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista. Lisboa: Climepsi Editores.

Baumrind, D. (1971). Harmonious parents and their preschool children. Developmental Psychology, 41, 92-102.

Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. Family Relations, 45, 405-414.

Blanchard, E. B. (1982). Behavioral medicine: past, present, and future. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50 (6), 795-796

Britannica Concise Encyclopedia (2006). Respiratory System. In Encyclopædia Britannica, Inc. (sítio consultado em 13/5/2007).

Sítio: <http://www.answers.com/topic/respiratory-system>

British Thoracic Society (1993). Guidelines for management of asthma: a summary. British Medical Journal 306:776-782 (sítio consultado em 25/08/2006).

Sítio: <http://www.asmabronquica.com.br/medical/definicao.html>

Bugalho de Almeida, A., Cristóvão, C., Ricomá, J., Furtado, S., & Monteiro, P. (2001). Asma brônquica: Que realidade?. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 9 (1), 43-46.

Campos, H. S. (2003). O Impacto da Asma e seu Tratamento. Prática Hospitalar, V (27), Maio-Junho. Office Editora e Publicidade, Lda. (sítio consultado em 10/04/2007).
Sítio: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2027/paginas/materia%208-27.html>

Carvalho, M. Q. R. (1993). Asma Infantil: aspectos gerais da Semiologia, Clínica e Diagnóstico. In J. R. Pinto, (Ed.) A Criança Asmática. 2ª ed. (pp. 39-43). Lisboa: Glaxo Farmacêutica.

Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.

Cordeiro, M. (1993). Asma e Escola. In J. R. Pinto, (Ed.) A Criança Asmática. 2ª ed. (pp. 203-209). Lisboa: Glaxo Farmacêutica.

Correia, M. (1989). Crianças que repetem o ano na escola primária: Como se auto-percepcionam e auto-avaliam: O que dizem de si dá que pensar aos adultos. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Creer, T. L., Stein, R. E. K., Rappaport, L. & Lewis, C. (1992). Behavioral Consequences of Illness: Childhood Asthma as a Model. Pediatrics, 90 (5), 808-815.

Fagulha, T. (1992). A Prova "Era uma vez...": Uma prova projectiva para crianças. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Fagulha, T. (1994). A Prova "Era uma vez": Uma Nova Prova Projectiva para Crianças. Análise Psicológica, 4 (XII), 511-528.

Fagulha, T. (1997). A prova "Era uma vez...". Manual e material. (2ª ed.). Lisboa: CEGOC/TEA.

Fagulha, T. (2004). "Era uma vez..." Prova Projectiva para Crianças. In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado e M. M. Gonçalves (Eds.), Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa, volume II (pp. 101-113). Coimbra: Quarteto.

Falardeau, G. (2000). As Crianças Asmáticas. Mem Martins: Edições Cetop.

Ferreira, T. (2002). Em Defesa da Criança: Teoria e Prática Psicanalítica da Infância. Lisboa: Assírio e Alvim. (Publicação original de 1993).

Gaspar, A., Almeida, M. M., Pires, G., Prates, S., & Rosado Pinto, J. (2001). Importância da história familiar na gravidade e evolução da asma brônquica infantil. Revista Portuguesa de Pneumologia, VII (1), 33-42.

Garner, P. W. & Power, T. G. (1996). Preschoolers' emotional control in the disappointment paradigm and its relation to temperament, emotional knowledge, and family expressiveness. Child Development, 67, 1406-1419.

Global Strategy for Asthma Management and Prevention (1995). NHLBI/WHO Workshop Report. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Publication 95 - 3659:6.

Halterman, J. S., Yoos, H. L., Conn, K. M., Callahan, P. M., Montes, G., Neely, T. L., & Szilagyi, G. (2004). The Impact of Childhood Asthma on Parental Quality of Life. Journal of Asthma, 41 (6), 645-653.

Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. In E. Hetherington (Ed.), Handbook of Child Psychology (4 ed.) vol. 4. Socialization, personality, and social development (pp. 275-385). Nova Iorque: John Wiley & Sons.

Harter, S. (1985). The Self-Perception Profile for Children. Unpublished manual, University of Denver, Denver, CO.

Harter, S. (1987). The Determinants and Mediational Role of Global Self-Worth in Children. In N. Eisenberg (Ed.), Contemporary topics in development psychology (pp. 219-242). Nova Iorque: John Wiley & Sons.

Harter, S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In J. Kolligan & R. Sternberg (Eds.), Competence considered: Perceptions of competence and incompetence across life-span (pp. 67-79). New Haven: Yale University Press.

Harter, S. (1993). Developmental changes in self-understanding across the 5 to 7 year shift.

In A. Sameroff & M. Haith (Eds), Reason and responsibility: The passage through childhood (pp. 204-236). Chicago: University of Chicago Press.

Kaptein, A. A. (1997). Asthma. In A. Bawm, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (pp. 371-372). Reino Unido: Cambridge University Press.

Kaptein, A. A. (2000). Asthma. In G. Fink (Ed.), Encyclopedia of Stress. Volume 1 (pp. 255-258). Academic Press.

Kaugars, A. S., Klinnert, M. D., & Bender, B. (2004). Family Influences on Pediatric Asthma. Journal of Pediatric Psychology, 29 (7), 475-491.

Klinnert, M. D., McQuaid, E. L., McCormick, D., Adinoff, A. D., & Bryant, N. E. (2000). A Multimethod Assessment of Behavioral and Emotional Adjustment in Children with Asthma. Journal of Pediatric Psychology, 25 (1), 35-46.

La Greca, A. M. & Lemanek, K. L. (1996). Editorial: Assessment as a process in pediatric psychology. Journal of Pediatric Psychology, 21, 137-151.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1990). Vocabulário da Psicanálise. Lisboa: Editorial Presença.

Lavigne, J. V. & Faier-Routman, J. (1992). Psychological Adjustment to Pediatric Physical Disorders: A Meta-Analytic Review. Journal of Pediatric Psychology, 17 (2), 133-157.

Lemanek, K. L. (1995). Commentary: Childhood Asthma. Journal of Pediatric Psychology, 20 (4), 423-427.

Lemanek, K. L. & Hood, C. (1999). Asthma. In R. T. Brown (Ed.), Cognitive Aspects of Chronic Illness in Children. (pp. 78-104). Nova Iorque: Guilford Press.

Mahler, M. (1982). O processo de separação-individuação. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1979).

Martins, M. A., Peixoto, F., Mata, L., & Monteiro, V. (1995). Escala de auto-conceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter. In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds.), Provas Psicológicas em Portugal (pp. 79-89). Braga: APPORT.

MacLean, W. E., Perrin, J. M., Gortmaker, S., & Pierre, C. B. (1992). Psychological Adjustment of Children with Asthma: Effects of Illness Severity and Recent Stressful Life Events. Journal of Pediatric Psychology, 17 (2), 159-171.

McNelis, A. M., Huster, G. A., Marti, M., & Hollingsworth, J. (2000). Factors associated with self-concept in children with asthma. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, Apr-Jun.

Meijer, S. A., Sinnema, G., Bijstra, J. O., Mellenbergh, G. J., & Wolters, W. H. G. (2000). Social Functioning in Children with Chronic Illness. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41 (3), 309-317.

Meneses, R. & Ribeiro, J. P. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: Algumas palavras orientadoras de acção. Análise Psicológica, 4 (XVIII), 523-528.

Merck, Sharp & Dohme (sem data). Guia MSD de Asma. Entendendo a Doença.
(sítio consultado em 10/05/2007)

Sítio: http://www.msd-brazil.com/msdbrazil/patients/sua_saude/asma/guia/guia_asma_1.html

Morgado, M. V. (1997). Auto-eficácia e qualidade de vida em crianças asmáticas. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Morgado, M. V., Pires, A., & Rosado Pinto, J. (2000). Auto-eficácia na criança asmática. Psicologia, Saúde e Doenças, 1 (1), 121-128.

National Institute of Health (1997). Expert Panel Report 2: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Bethesda, MD, National Asthma Education and Prevention Program, National Heart, Lung and Blood Institute. (sítio consultado em 25/08/2006).

Sítio: <http://www.asma-bronquica.com.br/medical/definicao.html>

Nogueira, V. & Pires, A. (2001) Mães de crianças com asma alérgica. In Pires, A. (Ed.), Crianças (e Pais) em Risco. 1ª ed. (pp. 131-154). Lisboa: ISPA.

Peixoto, F. & Mata, L. (1993). Efeitos da Idade, Sexo e Nível Sócio-Cultural no Auto-Conceito. Análise Psicológica, 3 (XI), 401-413.

Pires, R. O. (2001). Estratégias de elaboração da ansiedade nas respostas sequências de cenas à prova "Era uma vez...". Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Pires, R. O. & Fagulha, T. (2003/2004). Estratégias de Elaboração da Ansiedade nas Respostas *Sequências de Cenas* na Prova Projectiva para Crianças "Era uma vez...". Revista Portuguesa de Psicologia, 37, 185-204.

Programa Nacional de Controlo da Asma (2000). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Quevauvilliers, J. & Perlemuter, L. (2001). Dicionário de Medicina para Enfermagem. Enciclopédia Prática (6ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Rato, C. (2005). Qualidade de vida da criança asmática. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Relatório Preliminar do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2005). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (sítio consultado em 12/08/2006).
Sítio: <http://www.ondr.org/relatorio2005.html>

Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2006). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. (sítio consultado em 23/04/2007).
Sítio: <http://www.ondr.org/relatorio2006.html>

Rendas, A. B. (1993). Fisiopatologia da Asma. In J. R. Pinto, (Ed.), A Criança Asmática. 2ª ed. (pp. 45-64). Lisboa: Glaxo Farmacêutica.

Sá, F. (2003). Psicoterapia Analítica de Grupo com Crianças no Período de Latência. Lisboa: Climepsi Editores.

Santos, J. L. (1993). Aspectos epidemiológicos da asma pediátrica numa comunidade portuguesa - algumas reflexões. In J. R. Pinto, (Ed.), A Criança Asmática. 2ª ed. (pp. 25-37). Lisboa: Glaxo Farmacêutica.

Santos, S. V. (1999). Síndrome Nefrótico e Doença Celiaca na Infância: Estudo Psicológico do seu Impacto nos Pais e na Criança. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Senos, J. (1990). Auto-estima, Afiliação de Pares e Atribuição Causal. Estudo exploratório das estratégias de manutenção da auto-estima numa amostra de alunos do 6º ano de escolaridade. Monografia de fim de curso, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Silva, M. M. A. (1991) Criança asmática: subsídios para a compreensão das interrelações familiares da criança asmática. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra, Coimbra.

Strecht, P. (2002). Interiores. Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos. Lisboa: Assírio e Alvim.

Telles-Filho, P. A. (2004). Asma Brônquica. Características Patológicas.
(sítio consultado em 30/11/2006).
Sítio: http://www.asmabronquica.com.br/PDF/caracteristicas_patologicas.pdf

Telles-Filho, P. A. (2005). Asma Brônquica. Fisiopatologia da Asma.
(sítio consultado em 30/11/2006).
Sítio: <http://www.asmabronquica.com.br/PDF/fisiopatologia.pdf>

Todo-Bom, A. & Pinto, A. M. (2006). Fisiopatologia da Asma Grave. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 14 (Supl 2): 43-48.

Vianna, E. O. (1998). Asma Brônquica: o Presente e o Futuro. Medicina, Ribeirão Preto, 31: 229-240.

Wikipedia (n.d.). Respiratory system. (sítio consultado em 13/05/2007)
Sítio: <http://www.answers.com/topic/respiratory-system>

Winnicott, D. W. (1988). Textos seleccionados: Da pediatria à Psicanálise (3ª ed.). Livraria Francisco Alves Editora. Rio de Janeiro (Obra original publicada em 1951).

World Health Organization (2006). Asthma. Fact sheet N° 307.

(sítio consultado em 20/05/2007)

Sítio: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/print.html>

Zarbatany, L., Hartmann, D. P. & Rankin, D. B. (1990). The psychological functions of preadolescent peer activities. Child Development, 61, 1067-1080.

Zeman, J. & Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. Child Development, 67, 957-973.

Bibliografia consultada e não citada:

Doença Crônica:

Adams, C. D., Streisand, R. M., Zawacki, T., & Joseph, K. E. (2002). Living with a Chronic Illness: a Measure of Social Functioning for Children and Adolescents. Journal of Pediatric Psychology, 27 (7), 593-605.

Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R., Davis, H., Tsiantis, J., Ispanovic-Radojkovic, V., Paradisiotou, A., & Tamminen, T. (2003). Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems. Child: Care, Health & Development, 29 (3), 181-191.

Wallander, J. L. & Varni, J. W. (1998). Effects of Pediatric Chronic Physical Disorders on Child and Family Adjustment. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39 (1), 29-46.

British Thoracic Society & Scottish Intercollegiate Guidelides Network (2004). British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline. (edição revista de Abril de 2004).

Chen, E., Hermann, C., Rodgers, D., Oliver-Welker, T., & Strunk, R. C. (2006). Symptom Perception in Childhood Asthma: the role of Anxiety and Asthma Severity. Health Psychology, 25 (3), 389-395.

Cohen, S. Y. & Wamboldt, F. S. (2000). The Parent-Physician Relationship in Pediatric Asthma Care. Journal of Pediatric Psychology, 25 (2), 69-77.

Da Costa, I.G., Rapoff, M. A., Lemanek, K., & Goldstein, G. L. (1997). Improving adherence to medication regimens for children with asthma and its effect on clinical outcome. Journal of Applied Behavior Analysis, 30 (4), 687-691.

Gaspar, A., Almeida, M. M., & Nunes, C. (2006). Epidemiologia da asma grave. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 14 (Supl 2), 27-41.

Guyatt, G. H., Juniper, E. F., Griffith, L. E., Feeny, D. H., & Ferrie, P. J. (1997). Children and Adult Perceptions of Childhood Asthma. Pediatrics, 99 (2), 165-168.

Fernandes, L., Fonseca, J., Rodrigues, J., Vaz, M., Almeida, J., Winck, C., & Barreto, J. (2005). Características de personalidade do individuo com asma. Revista Portuguesa de Pneumologia, XI (1), 7-34.

Fonseca, J. & Botelho, C. (2006). Definição de asma grave. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 14 (Supl 2), 15-25.

Klennert, M. D., Nelson, H. S., Price, M. R., Adinoff, A. D., Leung, D. Y. M., & Mrazek, D. A. (2001). Onset and Persistence of Childhood Asthma: Predictors from Infancy. Pediatrics, 108 (4), e69.

Mendes, J. P. (2006). Clínica da asma grave. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 14 (Supl. 2), 63-72.

Nunes, C. & Ladeira, S. (2001). Epidemiologia da asma. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 9 (3), 249-258.

Santos-Roig, M., Carretero-Dios, H., Buela-Casal, G. (2002). Intervención psicológica en un caso de asma alérgica. Análise psicológica, 1 (XX), 131-147.

Taylor, W. R. & Newacheck, P. W. (1992). Impact of Childhood Asthma on Health. Pediatrics, 90 (5), 657-662.

The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee (1998). Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISSAC). European Respiratory Journal, 12, 315-335.

Vamos, M. & Kolbe, J. (1999) Psychological factors in severe chronic asthma. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 538-544.

ANEXOS

ANEXO 1

*Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes
de Susan Harter*

COMO É QUE EU SOU

Adaptação do Self-Perception Profile for Children de Susan Harter

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

U.I.P.C.D.E. - Unidade de Investigação de Psicologia Cognitiva do Desenvolvimento e da Educação

NOME: _____ ANO _____ TURMA _____ Nº _____

IDADE: _____ DATA DE NASC.: ____/____/____ DATA DE APLIC.: ____/____/____

SOU
TAL E
QUAL
ASSIM

SOU
UM
BOCA-
DINHO
ASSIM

SOU
UM
BOCA-
DINHO
ASSIM

SOU
TAL E
QUAL
ASSIM

☐☐

Algumas crianças gostam de
brincar na rua nos seus tempos
livres

MAS

Outras gostam mais de ficar
em casa a ver televisão.

☐☐

1

☐☐

Algumas crianças acham que
são muito boas nos seus
trabalhos da escola.

MAS

Outras preocupam-se
porque muitas vezes não
sabem fazer os trabalhos da
escola.

☐☐

2

☐☐

Algumas crianças acham difícil
fazer amigos.

MAS

Outras acham muito fácil
fazer amigos.

☐☐

3

☐☐

Algumas crianças são muito
boas em todas as espécies de
desportos.

MAS

Outras acham que não são
muito boas quando fazem
desporto.

☐☐

4

☐☐

Algumas crianças gostam do
aspecto que têm.

MAS

Outras não gostam do
aspecto que têm.

☐☐

5

☐☐

Algumas crianças não gostam
do modo como se portam.

MAS

Outras gostam do modo
como se portam.

☐☐

6

☐☐

Algumas crianças não estão
muito satisfeitas consigo
próprias.

MAS

Outras estão bastante
satisfeitas consigo próprias.

☐☐

	SOU TAL E QUAL ASSIM	SOU UM BOCA- DINHO ASSIM				SOU UM BOCA- DINHO ASSIM	SOU TAL E QUAL ASSIM
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são tão <u>Inteligentes</u> como outras crianças da sua idade.	MAS	Outras <u>não</u> têm a certeza e duvidam que sejam tão inteligentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>multos</u> amigos.	MAS	Outras <u>não</u> têm muitos amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam de ser muito <u>melhores</u> no desporto.	MAS	Outras acham que são <u>boas</u> no desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão <u>satisfeitas</u> com a altura e peso que têm.	MAS	Outras gostariam que a sua altura ou peso fossem <u>diferentes</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças costumam fazer aquilo que <u>devem</u> .	MAS	Outras <u>não</u> costumam fazer o que devem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>não</u> gostam da vida que têm.	MAS	Outras <u>gostam</u> da vida que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>demoram</u> muito tempo a fazer os trabalhos da escola.	MAS	Outras conseguem fazer os trabalhos da escola <u>depressa</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>gostavam</u> de ter muitos amigos.	MAS	Outras <u>têm</u> todos os amigos que querem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que podiam ser <u>boas</u> em qualquer desporto que nunca experimentaram.	MAS	Outras receiam <u>não</u> ser boas em desportos que nunca experimentaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que o seu corpo fosse <u>diferente</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> do seu corpo tal como é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SOU TAL E QUAL ASSIM	SOU UM BOCA- DINHO ASSIM				SOU UM BOCA- DINHO ASSIM	SOU TAL E QUAL ASSIM
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças costumam portar-se como sabem que <u>devem portar-se</u> .	MAS	Outras <u>não</u> costumam portar-se como sabem que devem portar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão <u>contentes</u> consigo próprias.	MAS	Outras <u>não</u> estão, normalmente contentes consigo próprias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>esquecem</u> muitas vezes o que aprendem.	MAS	Outras conseguem <u>lembrar-se</u> das coisas com facilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças conseguem que as suas ideias sejam <u>sempre</u> aceites pelas outras crianças.	MAS	Outras <u>não</u> conseguem que as suas ideias sejam aceites.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são <u>melhores</u> do que as outras da mesma idade a fazer desporto.	MAS	Outras acham que <u>não</u> são capazes fazer desporto tão bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que o seu aspecto físico (a sua aparência) fosse <u>diferente</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> do seu aspecto físico tal como é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças arranjam muitas vezes <u>complicações</u> , por causa das coisas que fazem.	MAS	Outras <u>não</u> costumam fazer coisas que as metam em complicações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>gostam</u> do tipo de pessoa que são.	MAS	Outras preferiam ser <u>outra</u> pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças são muito <u>boas</u> nos estudos.	MAS	Outras <u>não</u> são muito boas nos estudos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que <u>mais</u> crianças da sua idade gostassem delas.	MAS	Outras acham que a maior parte dos crianças da sua idade <u>gostam</u> delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SOU TAL E QUAL ASSIM	SOU UM BOCA- DINHO ASSIM				SOU UM BOCA- DINHO ASSIM	SOU TAL E QUAL ASSIM
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em jogos e desportos algumas crianças costumam <u>assistir</u> em vez de jogar.	MAS	Outras <u>jogam</u> a maior parte das vezes em vez de ficarem só a ver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostavam que a sua cara ou os seus cabelos fossem <u>diferentes</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> da cara e do cabelo que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças fazem coisas que sabem que <u>não deviam</u> fazer.	MAS	Outras <u>quase nunca</u> fazem coisas que não devem fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças estão muito <u>satisfeitas</u> por serem aquilo que são.	MAS	Outras gostavam de ser <u>diferentes</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>difficuldade</u> na escola para descobrirem as respostas certas.	MAS	Outras quase sempre conseguem <u>responder certo</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>todos</u> os amigos que gostavam de ter.	MAS	Outras gostavam de ter <u>mais</u> amigos porque sentem que têm poucos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças têm <u>difficuldade</u> em novas actividades desportivas.	MAS	Outras são <u>boas</u> desde o princípio em novas actividades desportivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são <u>bonitas</u> .	MAS	Outras acham que <u>não</u> são bonitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças portam-se muito <u>bem</u> .	MAS	Outras acham <u>difficil</u> portar-se bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>não</u> gostam muito da maneira como fazem as coisas.	MAS	Outras acham <u>boa</u> a maneira como fazem as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

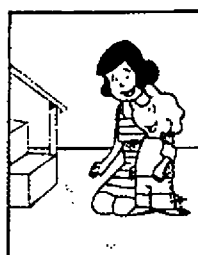
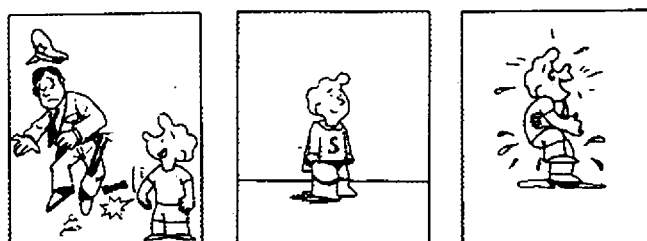
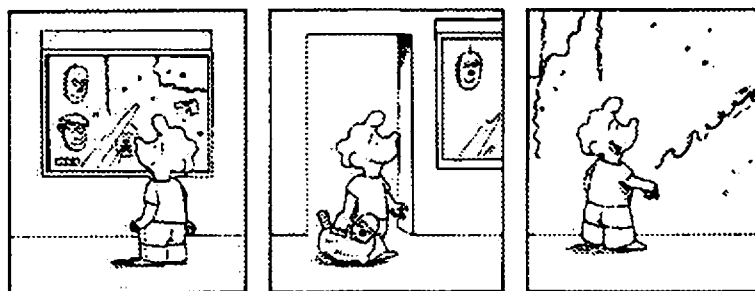
ANEXO 2

Cartões da Prova "Era uma vez..." de Teresa Fagulha

(Versão masculina e feminina)

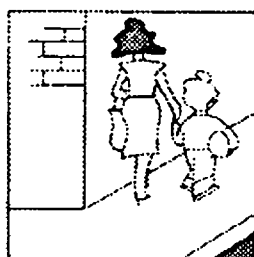
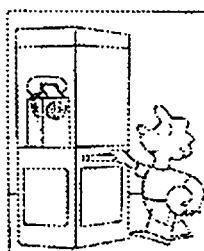
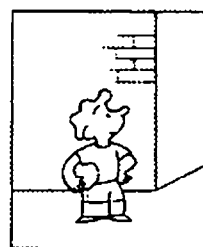
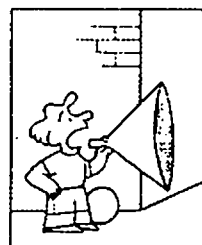
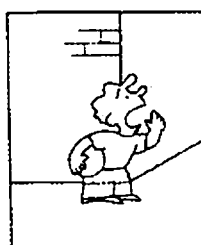
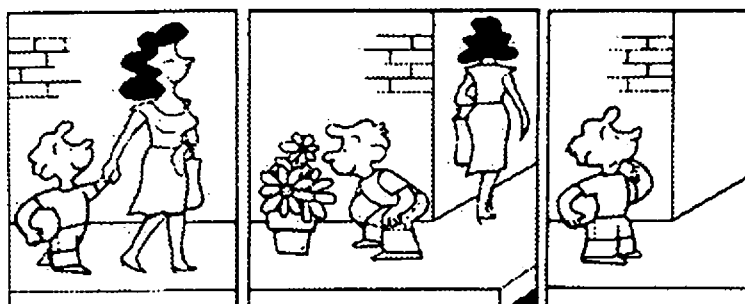
CARTÃO E (Carnaval)

(versão masculina)



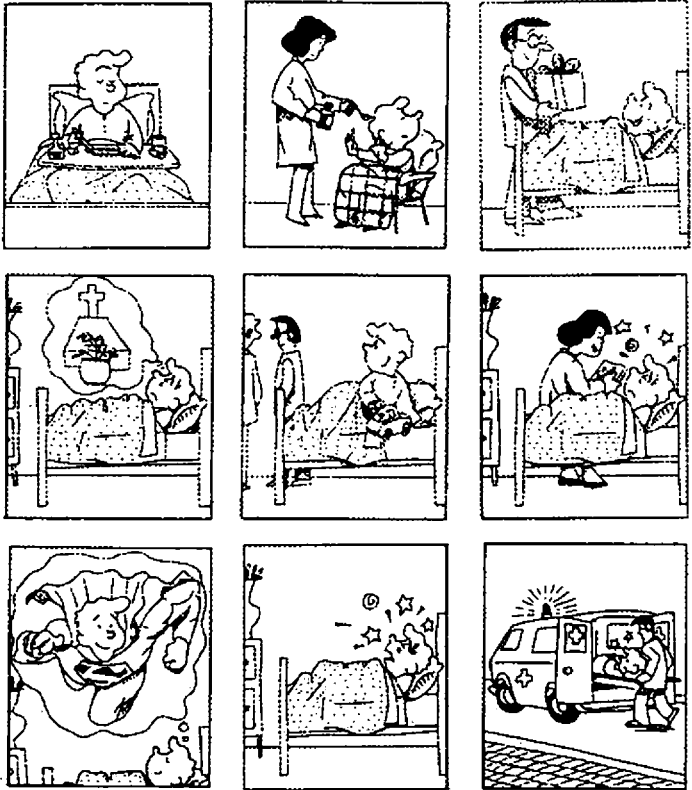
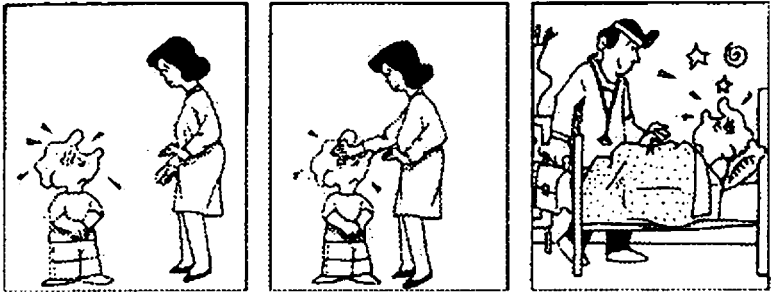
CARTÃO I (Passeio com a mãe)

(versão masculina)



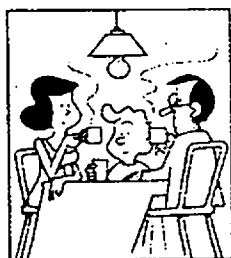
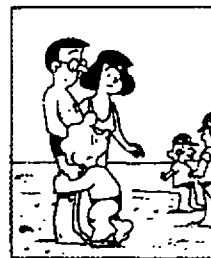
CARTÃO II (Doença)

(versão masculina)



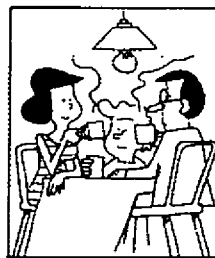
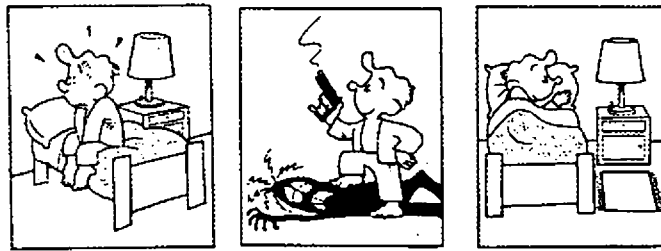
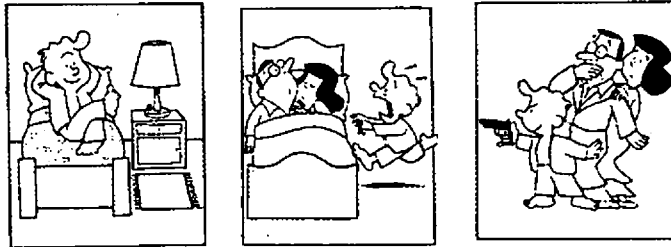
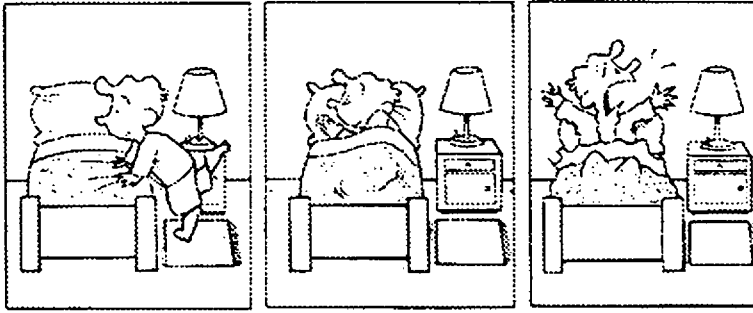
CARTÃO III (Passeio à praia)

(versão masculina)



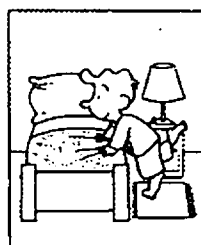
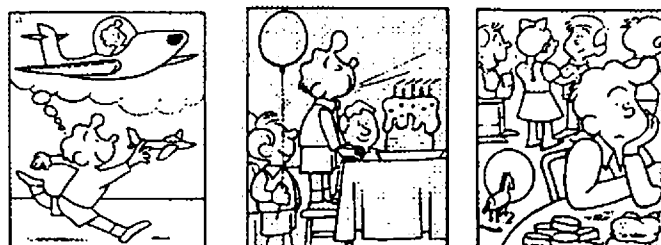
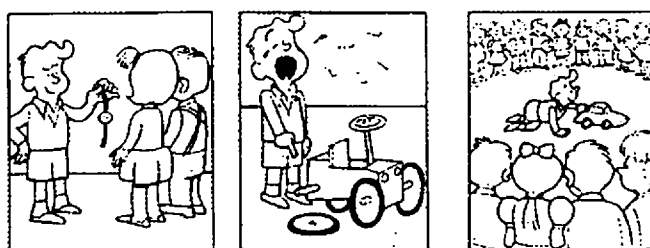
CARTÃO IV (Pesadelo)

(versão masculina)



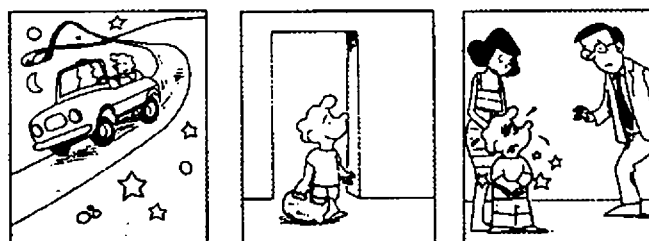
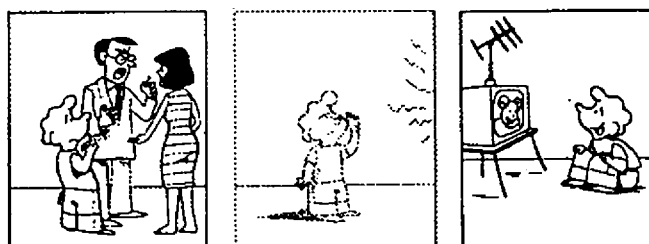
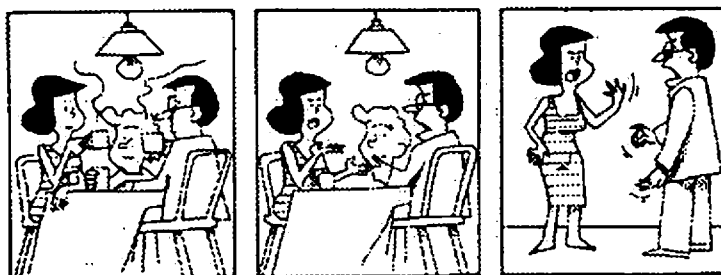
CARTÃO V (Dia dos anos)

(versão masculina)



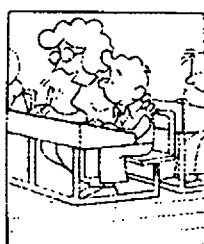
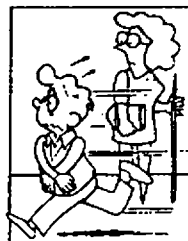
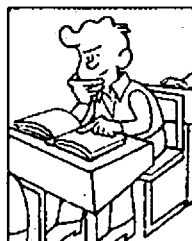
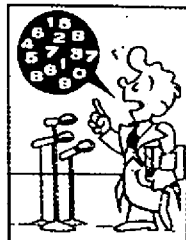
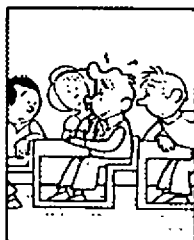
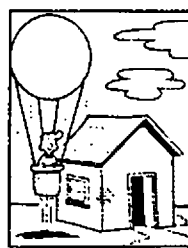
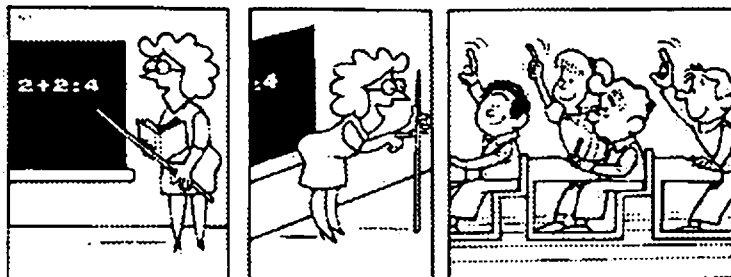
CARTÃO VI (Briga dos pais)

(versão masculina)



CARTÃO VII (Escola)

(versão masculina)



FIM (Retrato do menino)

(versão masculina)



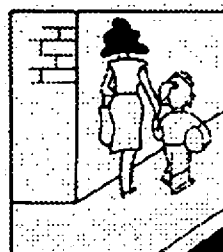
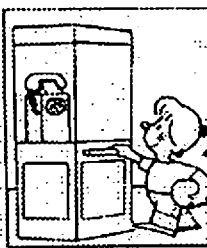
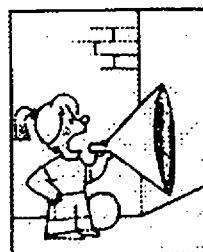
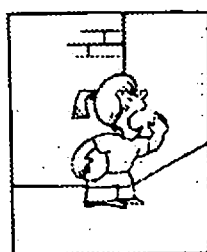
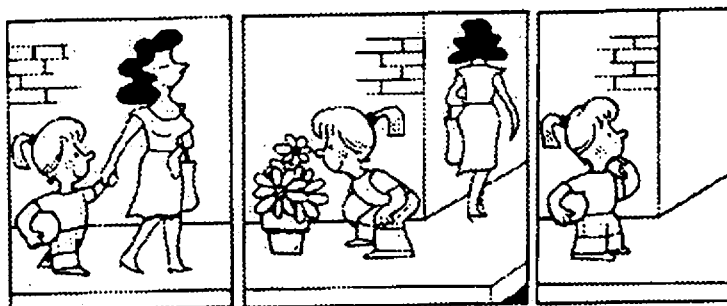
CARTÃO E (Carnaval)

(versão feminina)



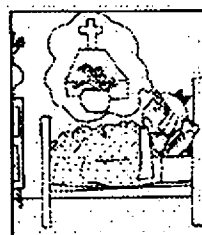
CARTÃO I (Passeio com a mãe)

(versão feminina)



CARTÃO II (Doença)

(versão feminina)



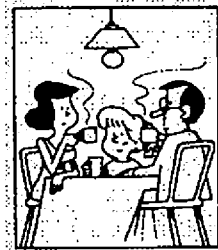
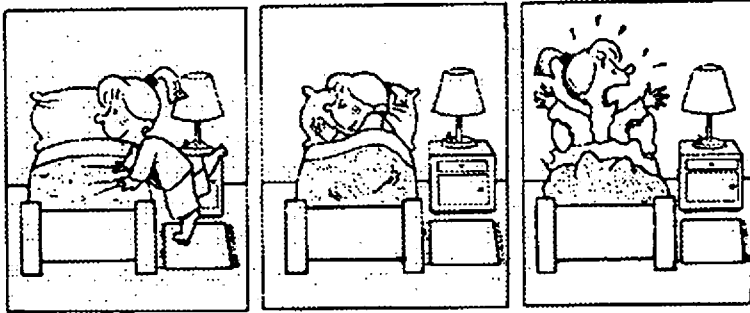
CARTÃO III (Passeio à praia)

(versão feminina)



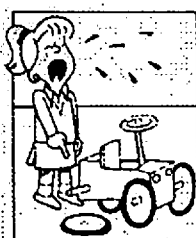
CARTÃO IV (Pesadelo)

(versão feminina)



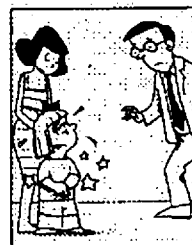
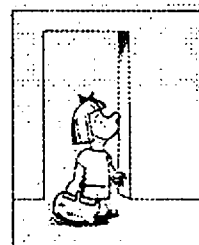
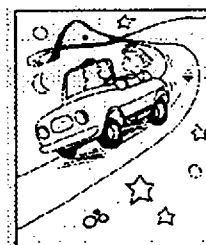
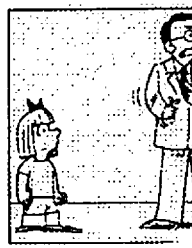
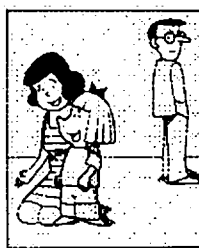
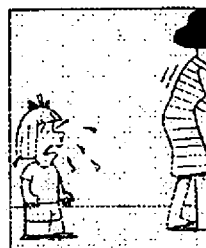
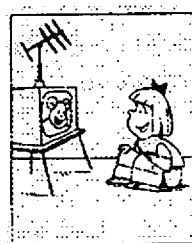
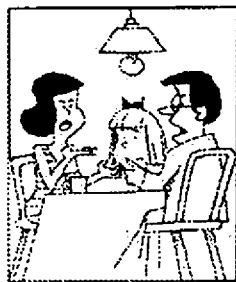
CARTÃO V (Dia dos anos)

(versão feminina)



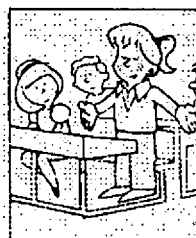
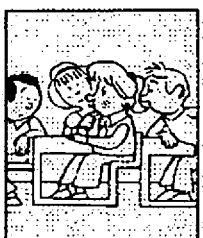
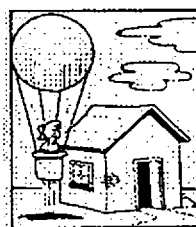
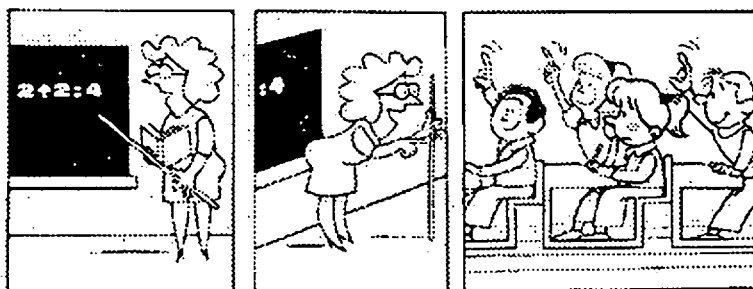
CARTÃO-VI-(Briga-dos-pais)

(versão feminina)



CARTÃO VII (Escola)

(versão feminina)



FIM (Retrato da menina)

(versão feminina)



ANEXO 3

Entrevista para as Crianças com Asma Brônquica

ENTREVISTA PARA AS CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA

Nome: _____

Instituição: _____ Nº do Processo: _____

Data: ____/____/____ Entrevistador/a: _____

1. Sabes porque é que vens aqui ao Hospital / à Clínica? Sim ☐ Não ☐

2. Se Sim, porquê?

3. Se Não, mencionar o problema de saúde e tentar perceber se sabe qual é.

4. O que é que sabes sobre a tua doença?

5. Preferes não saber nada acerca da tua doença? Sim ☐ Não ☐

6. Gostas de aprender coisas sobre a tua doença? Sim ☐ Não ☐

7. O que é que te custa mais na tua doença?

8. Achas que há coisas que não podes fazer por causa da tua doença?

Sim ☐ Não ☐

9. Se Sim, quais são essas coisas?

10. Custa-te não poderes fazer essas coisas? Sim ☐ Não ☐

11. Quando te apetece fazer essas coisas que não podes, o que é que pensas?

12. E o que é que fazes?

13. Falas com alguém acerca da tua doença? Sim ☐ Não ☐

Com quem?

- | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| - A mãe | <input type="checkbox"/> | - A/s professora/s | <input type="checkbox"/> |
| - O pai | <input type="checkbox"/> | - O/s irmãos/s | <input type="checkbox"/> |
| - O médico/a | <input type="checkbox"/> | - O/s amigos | <input type="checkbox"/> |
| - As enfermeiras | <input type="checkbox"/> | | |
| - Outros | <input type="checkbox"/> | Quem? _____ | |

14. Costumas fazer o que o médico te manda em relação à tua doença (os cuidados que deves ter)? Achas que cumpres o que ele te diz?

Sim ☐ Às vezes ☐ Não ☐

15. Vou dizer-te várias frases e para cada uma tu vais contar-me se concordas ou não:

- | | Sim | Não |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Quando estás doente não podes fazer nada para melhorar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Quando estás doente os médicos não podem ajudar-te | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Quando estás doente és capaz de fazer o que é preciso para melhorar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Se tiveres azar, se tudo correr mal, não consegues melhorar tão depressa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Quando estás doente os médicos podem ajudar-te a sentires-te melhor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Se tiveres sorte, se tudo correr bem, melhoras mais depressa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. Quando as pessoas estão doentes (têm doenças assim como a tua), às vezes pensam que houve uma razão para ficarem doentes, como por exemplo, não terem tido cuidado. Já alguma vez pensaste em alguma razão para teres esta doença?

Sim ☐ Não ☐ Se Sim, qual? _____

17. Achas que alguém (ou alguma coisa) é culpado por tu teres esta doença?

Sim ☐ Não ☐ Se Sim, quem (ou o quê)? _____

Porquê? _____

18. Achas que as outras pessoas te tratam de maneira diferente por teres uma doença?

Sim ☐ Não ☐

Se Sim, porquê? _____

19. Alguns meninos acham que as pessoas os tratam de maneira diferente por terem uma doença, outros acham que elas os tratam da mesma maneira. Gostava de saber como é contigo. Por exemplo:

	Melhor	Pior	Na mesma
- A mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Os colegas da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A(s) professora(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O(s) irmão(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Os avós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Outro	<input type="checkbox"/>	Quem? _____	

20. Achas que és diferente dos outros meninos por teres esta doença?

Sim ☐ Não ☐

Se Sim, porquê? _____

21. Já pensaste no que queres ser quando fores grande?

Sim ☐ Não ☐

Se Sim, o que é? _____

22. Quando fores grande achas que vais ser diferente dos outros por teres esta doença? _____

Sim ☐ Não ☐

Se Sim, porquê? _____

23. Achas que vais:

- Melhorar ☐
- Continuar como estás (a ter a doença) ☐
- Piorar ☐
- Ficar curado/a ☐

Observações:

ANEXO 4

Questionário para os Pais das Crianças com Asma Brônquica

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS DAS CRIANÇAS COM

ASMA BRÔNQUICA

Instituição: _____

Nº do Processo: _____

Data: ____/____/____

Entrevistador/a: _____

Participante(s) no Questionário: Mãe ☐ Pai ☐ Ambos ☐

1 - Dados Sociodemográficos da Criança

Nome da Criança: _____

1. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Grau de Escolaridade: _____

2. Frequentou Creche: Sim ☐ Não ☐ Jardim de Infância: Sim ☐ Não ☐

Pré-primária: Sim ☐ Não ☐

3. Mudou de escola: Sim ☐ Não ☐

Se sim, 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais ☐

4. Percurso escolar: 1º ano → 2º ano _____ 3º ano → 4º ano _____

2º ano → 3º ano _____ 4º ano → 5º ano _____

(Inscriver T - Transição ou R - Repetição conforme se aplique) 5º ano → 6º ano _____

2 - Dados Sociodemográficos dos Pais

1. Mãe Idade: _____ Profissão: _____

Grau de escolaridade: < 4anos ☐ 4 anos ☐ 6 anos ☐ 9 anos ☐

12 anos ☐ Bacharelato ☐ Lic. ou mais ☐

2. Pai Idade: _____ Profissão: _____

Grau de escolaridade: < 4anos ☐ 4 anos ☐ 6 anos ☐ 9 anos ☐

12 anos ☐ Bacharelato ☐ Lic. ou mais ☐

3. Estado Civil do/s respondente/s: Casado ☐ Separado/divorciado ☐ Viúvo ☐

Solteiro ☐

4. A Criança vive com:

- Pais ☐
- Mãe ☐
- Pai ☐
- Avós ☐
- Irmãos ☐
- Outro ☐ Quem: _____

5. Irmãos (inscrever pela sequência de idades):

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
	—	—	—	—	—	—
Idade						
Sexo						

Legenda:
X - o próprio
M- sexo masculino
F - sexo feminino

6. Falta com frequência à Escola? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual o motivo:

3 - Dados de Desenvolvimento de Saúde

1. Doenças que a criança tenha tido (com indicação de idade), incluindo alergias:

2. Internamento (motivo/idade/duração): _____

Outras informações:

3. Doenças na família:

Quem?

- Asma Brônquica ☐ _____
- Doenças Alérgicas ☐ _____
- Outras _____ ☐ _____

4. Caso tenha/m assinalado algo na pergunta anterior, qual a situação actual em termos de saúde desse/s familiar/es?

4 - Dados Relativos à Situação de Doença

a) Diagnóstico

1. Quais foram os primeiros sintomas da doença? _____

2. Com que idade apareceram? _____

3. Com que idade foi feito o diagnóstico? _____

4. Na altura o que sentiu/sentiram? _____

5. As alterações de vida sofridas logo após o diagnóstico foram:

	Muitíssimas	Muitas	Algumas	Muito poucas	Nenhumas
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Se houve alterações, em que áreas se verificaram?

	Mãe	Pai
- Nas rotinas e tarefas do dia a dia em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Na vida profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nos hábitos de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nas relações com:		
. a criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. o cônjuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. os outros filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

. a família alargada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. outro/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quem? _____

b) Situação Actual

7. Neste momento acha que lida com a doença e com as suas consequências:

	Muito bem	Bem	Mais ou menos	Mal	Muito mal
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Sente/m que recebe/m o apoio ou a ajuda que precisa/m? Sim ☐ Não ☐

Se não, de quem gostaria de o receber? _____

9. De que forma a mãe se sente apoiada ou ajudada:

	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
- pelo cônjuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pelos familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pelo médico (equipa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pelas instituições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pelos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- outro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

10. De que forma o pai se sente apoiado ou ajudado:

	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
- pelo cônjuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pelos familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pelo médico (equipa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pelas instituições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pelos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- outro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

c) Contexto Médico

11. Quando surgiu a doença acha que foi:

a) informada/o

	Muito bem	Bem	Nem bem nem mal	Mal	Muito mal
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) apoiada/o

	Muitíssimo	Muito	Moderada- mente	Pouco	Nada
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. A sua confiança no médico foi:

	Total	Muita	Alguma	Pouca	Nenhuma
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Actualmente acha que é:

a) informada/o

	Muito bem	Bem	Nem bem nem mal	Mal	Muito mal
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) apoiada/o

	Muitíssimo	Muito	Moderada- mente	Pouco	Nada
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. A sua confiança no médico é:

	Total	Muita	Alguma	Pouca	Nenhuma
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Como acha que é a relação do médico consigo?

	Muito boa	Boa	Nem boa nem má	Má	Muito má
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Como acha que é a relação do médico com a criança?

	Muito boa	Boa	Nem boa nem má	Má	Muito má
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Indique os aspectos que mais valoriza na relação do médico consigo:

	Transmitir confiança	Dar informação	Mostrar disponibilidade	Dar apoio/segurança	Competência técnica
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Actualmente como está a situação de doença?

	Bem Controlada	Controlada	Mais ou menos controlada	Descontrolada	Bastante descontrolada
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Qual a gravidade da doença da criança?

	Pouco grave	Moderadamente grave	Grave	Muito grave	Gravíssima
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações:

Muito obrigado pela sua colaboração.

Maria João Varandas dos Santos.

ANEXO 5

Questionário para o Técnico de Saúde

QUESTIONÁRIO PARA O TÉCNICO DE SAÚDE

Nome do Médico: _____ Instituição: _____

Nome da Criança: _____ Nº do Processo: _____

Diagnóstico da doença: _____ Data: ____/____/____

1. Como acha que os pais lidam com a doença da criança e com as suas consequências?

	Muito bem	Bem	Assim/assim	Mal	Muito mal
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Considera que os pais fazem um controlo/acompanhamento da doença:

	Muito Bom	Bom	Oscilante	Mau	Muito mau
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Considera que a relação dos pais consigo é:

	Muito boa	Boa	Nem boa nem má	Má	Muito má
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tem encontrado dificuldades no contacto com a família? Sim ☐ Não ☐

Se sim, Quais? _____

5. Como acha que a criança lida com a sua doença?

Muito bem ☐ Bem ☐ Mais ou menos ☐ Mal ☐ Muito mal ☐

6. Ao longo do tempo, acha que a criança tem vindo a lidar com a doença:

Muito melhor ☐ Melhor ☐ Na mesma ☐ Pior ☐ Muito pior ☐

7. Qual a gravidade da doença da criança?

Pouco grave ☐ Moderadamente grave ☐ Grave ☐ Muito grave ☐ Gravíssima ☐

8. Como acha que é a relação da criança consigo?

Muito boa ☐ Boa ☐ Nem boa nem má ☐ Má ☐ Muito má ☐

9. Quais as dificuldades que tem encontrado no contacto com a criança?

10. Assinale os aspectos que, do seu ponto de vista, os pais mais valorizam na relação consigo:

	Transmitir confiança	Dar informação	Mostrar disponibilidade	Dar apoio/segurança	Competência técnica
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outro?

Observações:

Muito obrigado pela sua colaboração.

Maria João Varandas dos Santos.

ANEXO 6

Pedidos de Autorização Dirigidos à Presidente da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso; à Directora de Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta; e ao Director da Clínica Universitária de Pediatria do Hospital de Santa Maria

Exma. Sra. Directora de Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta

Dra. Ana Jorge

Assunto: Pedido de colaboração para Investigação sobre Asma Brônquica

No âmbito da dissertação de Mestrado do Curso de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, a Dr.^a Maria João Santos pretende desenvolver uma investigação, de carácter exploratório, sobre os aspectos psicológicos da vivência da asma brônquica em crianças com idades compreendidas entre os 8-9 e os 10-11 anos de idade. Esta investigação permitirá uma melhor compreensão das manifestações desta doença nos seus aspectos psicológicos e psicossociais, com vista a um melhor entendimento e acompanhamento das crianças e de suas famílias.

Nesse sentido, pedíamos a colaboração do Serviço que V. Ex.^a dirige para que seja possível viabilizar esta investigação, em condições que acordaríamos com os vossos serviços. Embora as condições concretas dependam do que for acordado em reunião que, caso o nosso pedido seja aceite, necessitamos marcar, desde já adiantamos que este estudo implica a realização de uma entrevista com a criança (com a duração de cerca de 1 hora) e, evidentemente, com a devida autorização dos pais.

Na realização desta investigação, pretende-se utilizar a prova projectiva para crianças "Era uma vez...", uma prova de completamento de histórias, que permite descrever a forma como as crianças elaboram as emoções, essencialmente a ansiedade e o prazer. Para além disso, considera-se igualmente importante a utilização de um outro instrumento de medida, a "Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes" de Susan Harter, onde se pretende estudar outras variáveis relativas ao funcionamento psicológico, nomeadamente a forma como as crianças percebem a sua competência em diferentes domínios e a sua auto-estima global.

É garantida a **confidencialidade** relativamente aos participantes nesta investigação, assim como se garante o **sigilo** em relação aos dados obtidos.

Desde já apresentamos os nossos agradecimentos pela Vossa disponibilidade

A orientadora da dissertação

(Prof.^a Doutora Teresa Fagulha)

A mestrandia

(Dra. Maria João Varandas dos Santos)

Lisboa, 14 de Junho de 2005.

Contactos:

Maria João Varandas dos Santos

E-mail: mjoaosantos@hotmail.com

Exma. Sra. Presidente da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso
Enfermeira Luise Cunha Teles

Assunto: Pedido de colaboração para Investigação sobre Asma Brônquica

No âmbito da dissertação de Mestrado do Curso de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, a Dr.^a Maria João Santos pretende desenvolver uma investigação, de carácter exploratório, sobre os aspectos psicológicos da vivência da asma brônquica em crianças com idades compreendidas entre os 8-9 e os 10-11 anos de idade. Esta investigação permitirá uma melhor compreensão das manifestações desta doença nos seus aspectos psicológicos e psicossociais, com vista a um melhor entendimento e acompanhamento das crianças e de suas famílias.

Nesse sentido, pedíamos a colaboração da Fundação que V. Ex.^a dirige para que seja possível viabilizar esta investigação, em condições que acordaríamos com os vossos serviços. Embora as condições concretas dependam do que for acordado em reunião que, caso o nosso pedido seja aceite, necessitamos marcar, desde já adiantamos que este estudo implica a realização de uma entrevista com a criança (com a duração de cerca de 1 hora) e, evidentemente, com a devida autorização dos pais.

Na realização desta investigação, pretende-se utilizar a prova projectiva para crianças "Era uma vez...", uma prova de completamento de histórias, que permite descrever a forma como as crianças elaboram as emoções, essencialmente a ansiedade e o prazer. Para além disso, considera-se igualmente importante a utilização de um outro instrumento de medida, a "Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes" de Susan Harter, onde se pretende estudar outras variáveis relativas ao funcionamento psicológico, nomeadamente a forma como as crianças percebem a sua competência em diferentes domínios e a sua auto-estima global.

É garantida a **confidencialidade** relativamente aos participantes nesta investigação, assim como se garante o **sigilo** em relação aos dados obtidos.

Desde já apresentamos os nossos agradecimentos pela Vossa disponibilidade

A orientadora da dissertação

(Prof.^a Doutora Teresa Fagulha)

A mestranda

(Dra. Maria João Varandas dos Santos)

Lisboa, 03 de Junho de 2005.

Contactos:

Maria João Varandas dos Santos

E-mail: mjoaosantos@hotmail.com

Exmo. Sr. Director da Clínica Universitária de Pediatria do Hospital de Santa Maria
Professor Doutor João Gomes Pedro

Assunto: Pedido de colaboração para Investigação sobre Asma Brônquica

No âmbito da dissertação de Mestrado do Curso de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, a Dr.^a Maria João Varandas dos Santos pretende desenvolver uma investigação, de carácter exploratório, sobre os aspectos psicológicos da vivência da asma brônquica em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8-9 e os 10-11 anos de idade. Esta investigação permitirá uma melhor compreensão das manifestações desta doença nos seus aspectos psicológicos e psicossociais, com vista a um melhor entendimento e acompanhamento das crianças e de suas famílias.

Nesse sentido, pedíamos a colaboração do Serviço que V. Ex.^a dirige para que seja possível viabilizar esta investigação, particularmente no que diz respeito à recolha da amostra através da consulta de Alergologia Pediátrica, em condições que acordaríamos com os vossos serviços. Embora as condições concretas dependam do que for acordado em reunião que, caso o nosso pedido seja aceite, necessitamos marcar, desde já adiantamos que este estudo implica a realização de uma entrevista com a criança (com a duração de cerca de 1 hora) e, evidentemente, com a devida autorização dos pais.

Na realização desta investigação, pretende-se utilizar a prova projectiva para crianças "Era uma vez...", uma prova de completamento de histórias, que permite descrever a forma como as crianças elaboram as emoções, essencialmente a ansiedade e o prazer. Para além disso, considera-se igualmente importante a utilização de um outro instrumento de medida, a "Escala de Auto-Conceito para Crianças e Pré-adolescentes" de Susan Harter, onde se pretende estudar outras variáveis relativas ao funcionamento psicológico, nomeadamente a forma como as

crianças percebem a sua competência em diferentes domínios e a sua auto-estima global.

É garantida, desde já, a **confidencialidade** relativamente aos participantes nesta investigação, assim como se garante o **sigilo** em relação aos dados obtidos.

Do mesmo modo, garante-se que a divulgação dos dados recolhidos no decorrer desta investigação, só serão devidamente divulgados de acordo com o aval do vosso Serviço e da Equipa que integra o mesmo.

Desde já apresentamos os nossos agradecimentos pela Vossa disponibilidade

A orientadora da dissertação

(Prof.^a Doutora Teresa Fagulha)

A mestrandia

(Dra. Maria João Varandas dos Santos)

Lisboa, 28 de Junho de 2005.



UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação

P.S. – Em conjunto com esta carta de apresentação, envio a descrição da Metodologia que se pretende utilizar na recolha de dados desta investigação, a qual consiste numa breve descrição dos instrumentos e um exemplar dos mesmos, de forma a fundamentar esta proposta de investigação e o pedido de colaboração com os vossos Serviços.

Contactos:

Maria João Varandas dos Santos

E-mail: mjoaosantos@hotmail.com

ANEXO 7

Projecto de Investigação apresentado aos Directores dos Serviços Clínicos

**Descrição Sumária dos Instrumentos de Medida a serem utilizados na
recolha de dados da investigação proposta:**

Os instrumentos contemplados para se proceder à recolha dos dados necessários para realizar a investigação são os seguintes:

- Para avaliar e descrever a forma como as crianças elaboram as emoções, irá utilizar-se a prova projectiva "Era uma vez..." (Teresa Fagulha, 1997). Esta prova é uma técnica projectiva de completamento de histórias, sendo que estas são apresentadas em formato de banda desenhada, e que se destina a ser utilizada com crianças de uma faixa etária dos 5 anos até aos 11/12 anos de idade. É uma prova que permite descrever a forma como as crianças elaboram as emoções (nomeadamente a ansiedade e o prazer), no quadro de referência das teorias psicodinâmicas.

Esta prova projectiva é composta por 7 histórias incompletas, relativas à vida de uma mesma personagem infantil (feminina ou masculina). Os episódios/histórias que são propostas retratam acontecimentos comuns na vida de qualquer criança, e constituem exemplos de situações ansiogêneas e experiências de prazer, as quais possuem um significado claro e inequívoco. Cada cartão estímulo (que representa determinada situação/história) faz-se acompanhar por nove cenas representativas de possibilidades de continuidade da história, que se fazem organizar em três grandes categorias que são: cenas de aflição, cenas de fantasia e cenas de realidade. Deste modo, a categoria das cenas que cada criança escolhe para continuar a história, em conjugação com a posição em que as coloca na sequência que com elas organiza, revelam movimentações características na elaboração dos fenómenos emocionais despertados por cada um dos cartões (Fagulha, 1994).

Este instrumento seleccionado tem a sua origem em Portugal, sendo que a sua língua materna é o português, assim como as normas aferidas e estudadas dizem respeito à população de crianças portuguesas, encontrando-se perfeitamente adequado à realidade implícita para o desenvolvimento deste estudo.

- Com o intuito de analisar o modo como as crianças e os pré-adolescentes percebem a sua competência em diferentes domínios e de avaliar a sua auto-estima, pretende-se utilizar a "Escala de Auto-Conceito para Crianças e

Pré-adolescentes de Susan Harter" (Susan Harter, 1985). Este instrumento de medida destina-se a crianças entre os 8 e os 12 anos de idade.

A *Escala de Auto-Conceito para crianças e pré-adolescentes*, mais especificamente o *Perfil de Auto-Percepção*, é constituído por seis sub-escalas, sendo cada uma destas compostas por 6 itens, o que perfaz um total de 36 itens a serem aplicados. Destas sub-escalas, cinco incidem nas seguintes áreas específicas: 1) *Competência Escolar* – domínio que se relaciona com a forma como a criança avalia a sua performance escolar; 2) *Aceitação Social* – área que pretende avaliar o grau de aceitação das crianças pelos seus colegas e como é que ela se sente em termos de popularidade; 3) *Competência Atlético* – esta refere-se ao modo como a criança se percepção ao nível das suas actividades desportivas; 4) *Aparência Física* – domínio que pretende avaliar o grau de satisfação da criança relativamente ao seu aspecto físico; 5) *Atitude Comportamental* – área que diz respeito à forma como a criança se sente em relação ao seu comportamento e às suas atitudes em relação aos outros (se age correctamente e de acordo com o que esperam dela). A sexta sub-escala é a da *Auto-estima*, a que se propõe avaliar até que ponto a criança se sente satisfeita consigo própria e com o modo como leva a sua vida. Esta última sub-escala permite uma avaliação global da auto-estima da criança e é independente das restantes sub-escalas que avaliam domínios específicos de competência.

Esta escala de Auto-conceito para crianças tem vindo a ser alvo de diversos estudos em Portugal, sendo que nesta investigação se pretende utilizar a sua adaptação para a população portuguesa realizada por Martins, Peixoto, Mata e Monteiro (1995).

Em termos da configuração da prova, são apresentados uma série de itens à criança onde, para cada item, são apresentadas quatro alternativas, tendo a criança de fazer uma dupla opção. Em primeiro lugar, ela tem de escolher, de entre duas descrições de sujeitos, qual é aquela com que mais se identifica. Depois de tomada a decisão, a criança terá de exprimir o seu grau de identificação ("Exactamente como eu" ou "Mais ou menos como eu"). Em cada item a criança só pode assinalar uma das quatro alternativas. A cotação varia entre os valores 4 e 1, traduzindo o 1 o nível mais baixo (baixa competência percebida) e o 4 o mais elevado (alta competência percebida).

- Para além destes dois instrumentos de medida já estudados e adaptados para a população portuguesa, e os quais vão ao encontro dos objectivos da investigação proposta, pretende-se ainda utilizar três questionários, elaborados com o intuito de recolherem dados mais descritivos e de nos fornecerem uma informação o mais completa e detalhada possível, acerca de determinados aspectos da doença em si. Um será para aplicar à criança, outro para o médico responsável pelo seu seguimento e outro para os pais da criança. Com isto pretende-se adquirir uma informação mais qualitativa, relativamente à forma como a criança e aqueles que estão em seu redor vivenciam esta problemática de saúde.

ANEXO 8

*Pedido de Autorização aos Pais para Participação das Crianças na
Investigação*

**HOSPITAL GARCIA DE ORTA - ALMADA**

Caros _____

e _____

País de _____

A Asma brônquica é uma doença que pode ter repercussões a vários níveis da nossa vida, nomeadamente na dimensão psicológica, sendo esta uma área bastante importante, mas que tem sido, de certo modo, pouco valorizada.

Não obstante, considera-se importante estudar e procurar entender os fenómenos psicológicos associados a esta doença, pelas possíveis consequências que poderá ter no comportamento futuro da pessoa. Por estes motivos, estamos a investigar estes aspectos num grupo de crianças asmáticas e para a qual pedimos a Vossa colaboração.

Vimos então por este modo, pedir vossa autorização, para que o vosso filho, possa participar nesta investigação em curso. Assim, agradecemos que comparecessem no dia _____ às _____ horas, para se realizar uma entrevista com a criança e uma breve reunião com os seus pais.

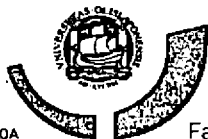
Este encontro decorrerá nas instalações do Hospital Garcia de Orta, em Almada, no Serviço de Consulta Externa de Pneumologia Pediátrica, onde estará presente a psicóloga Maria João Santos que levará a cabo esta entrevista e reunião.

Agradecendo desde já a vossa colaboração,

(Dra. Maria João Santos)

Psicóloga Clínica

Almada, 22 de Agosto de 2005.

**FUNDAÇÃO NOSSA SENHORA DO BOM SUCESSO - LISBOA**

Caros _____

e _____

País de _____

A Asma brônquica é uma doença que pode ter repercussões a vários níveis da nossa vida, nomeadamente na dimensão psicológica, sendo esta uma área bastante importante, mas que tem sido, de certo modo, pouco valorizada.

Não obstante, considera-se importante estudar e procurar entender os fenómenos psicológicos associados a esta doença, pelas possíveis consequências que poderá ter no comportamento futuro da pessoa. Por estes motivos, estamos a investigar estes aspectos num grupo de crianças asmáticas e para a qual pedimos a Vossa colaboração.

Vimos então por este modo, pedir vossa autorização, para que o vosso filho, possa participar nesta investigação em curso. Assim, agradecemos que comparecessem no dia _____ às _____ horas, para se realizar uma entrevista com a criança e uma breve reunião com os seus pais.

Este encontro decorrerá nas instalações da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, em Lisboa, na Consulta de Alergologia, onde estará presente a psicóloga Maria João Santos que levará a cabo esta entrevista e reunião.

Agradecendo desde já a vossa colaboração,

(Dra. Maria João Santos)

Psicóloga Clínica

Lisboa, 28 de Novembro de 2005.

**HOSPITAL DE SANTA MARIA - LISBOA**

Caros _____

e _____

País de _____

A Asma brônquica é uma doença que pode ter repercussões a vários níveis da nossa vida, nomeadamente na dimensão psicológica, sendo esta uma área bastante importante, mas que tem sido, de certo modo, pouco valorizada.

Não obstante, considera-se importante estudar e procurar entender os fenómenos psicológicos associados a esta doença, pelas possíveis consequências que poderá ter no comportamento futuro da pessoa. Por estes motivos, estamos a investigar estes aspectos num grupo de crianças asmáticas e para a qual pedimos a Vossa colaboração.

Vimos então por este modo, pedir vossa autorização, para que o vosso filho, possa participar nesta investigação em curso. Assim, agradecemos que comparecessem no dia _____ às _____ horas, para se realizar uma entrevista com a criança e uma breve reunião com os seus pais.

Este encontro decorrerá nas instalações do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, no Serviço de Consulta Externa de Pediatria, onde estará presente a psicóloga Maria João Santos que levará a cabo esta entrevista e reunião.

Agradecendo desde já a vossa colaboração,

(Dra. Maria João Santos)

Psicóloga Clínica

Lisboa, 3 de Agosto de 2005.

HOSPITAL DE SANTA MARIA - LISBOA

Caros _____

e _____

Pais de _____

A Asma brônquica é uma doença que pode ter repercussões a vários níveis da nossa vida, nomeadamente na dimensão psicológica, sendo esta uma área bastante importante, mas que tem sido, de certo modo, pouco valorizada.

Não obstante, considera-se importante estudar e procurar entender os fenómenos psicológicos associados a esta doença, pelas possíveis consequências que poderá ter no comportamento futuro da pessoa. Por estes motivos, estamos a investigar estes aspectos num grupo de crianças asmáticas e para a qual pedimos a Vossa colaboração.

Vimos então por este modo, pedir vossa autorização, para que o vosso filho, possa participar nesta investigação em curso. Assim, agradecemos que comparecessem no dia _____ às _____ horas, para se realizar uma entrevista com a criança e uma breve reunião com os seus pais.

Este encontro decorrerá nas instalações da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, na Cidade Universitária em Lisboa, no serviço de Psicologia Clínica, onde estará presente a psicóloga Maria João Santos que levará a cabo esta entrevista e reunião.

Agradecendo desde já a vossa colaboração,

(Dra. Maria João Santos)

Psicóloga Clínica

Lisboa, 3 de Agosto de 2005.

ANEXO 9

Entrevista Para Crianças Com Asma Brônquica

Questões Abertas Transformadas em Respostas de Tipo Categorical

ENTREVISTA PARA CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA

Questões abertas transformadas em respostas de tipo categorial

1. Sabes porque é que vens aqui ao Hospital / à Clínica? Sim

2. Se Sim, porquê?

(responderam positivamente à questão 25 crianças)

Categoria	Caso	Respostas dadas pelas Crianças
1-Identifica (N=22)	1	Para ver se está tudo bem comigo, para não ter crises, e para não ficar doente.
	2, 23, 28	Por causa da asma.
	4	Por causa da asma, para ver como ela está, se apanho crises ou não.
	7	As consultas e as vezes por estar doente. As vezes estou com febre. Porque tenho asma.
	9	Por que eu tenho um problema nos pulmões e cada vez que tenho febre ou uma constipação tenho de vir ao Hospital para ver o que tenho de tomar, como os medicamentos.
	11	Para ver se estou bem e para ver se não tenho muitas faltas de ar. Desde Junho que já não tive nenhuma falta de ar e agora já estou muito bem. A última vez que vim à consulta fiz um exame respiratório e acho que correu bem. E depois vamos ver.
	12	Por causa das consultas de pediatria, da asma.
	13	Vou tomar picas e não sei mais. Um dia já fui a uma coisa respiratória.
	17	Asma (consulta) para me indicar o que devo fazer quando tenho os ataques de asma e assim. Para poderem saber os problemas que tenho a maior parte das vezes e outras vezes é para ver se não tenho problemas.
	18	Porque sou asmático e às vezes tenho recaídas (mas é muito mais raro que antes).
	19	Para fazer uma vacina para não ter pieira e melhorar as condições de respirar.
	20	Para as consultas da asma.
	21	Para tentar tratar da asma.
	22	Para saber como é que estou das alergias.
	25	Porque tenho asma.
	26	Para ver se fico melhor, para me acompanharem. Para ver se tenho melhorado da asma.
	27	Para me tratar e também que é para ficar bom, não ter doenças, por causa da asma.
	29	É para ver se já estou melhor da asma.
	31	Porque tenho asma.
	32	As vezes tenho asma.
2- Não Identifica (N=3)	5	Para me tratar se for preciso, para o médico ver o que é que eu tenho, para o médico me receitar coisas que preciso tomar para se tiver alguma coisa ficar bem.
	15	Para tratarem.
	16	Para ver se está tudo bem. Põem o auscultador, a coisa na língua.

3. Se Não, mencionar o problema de saúde e tentar perceber se sabe qual é.
(responderam à questão 7 crianças)

Categoria	Caso	Respostas dadas pelas Crianças
1-Identifica (N=2)	3	Asma, depois de novamente questionado sobre o principal problema de saúde.
	8	Acha que é das borbulhas. Identificação da doença.
2-Não identifica (N=5)	6	Não sabe mesmo o porquê desse problema. (Digo-lhe o que tem).
	10	Sei, impede-me de fazer certas coisas, em Educação Física não posso fazer corrida, impede certos esforços esta doença.
	14	Nunca tive dificuldades. Nunca aconteceu nada. (Mesmo quando lhe mencionei o problema, continuou sem o identificar e disse-me que nunca teve dificuldades).
	24	Não responde à pergunta.
	30	Eu nunca soube de nada, os meus pais nunca me disseram nada.

4. O que é que sabes sobre a tua doença?
(responderam à questão 32 crianças)

Categoria	Caso	Respostas dadas pelas Crianças
1-Nada (N=7)	1, 8,12	Não sei nada.
	3	Nada.
	7	Nada, quase nada. Também nunca perguntei.
	14	Não, não sei nada (não desenvolveu nada nesse sentido).
	24	Não responde à pergunta.
2 – Identifica sintomatologia/ aspectos da doença	2	Então sei, mas não sei explicar bem. É a respiração, quando eu corro fico cansado e depois dá-me ataques de asma, mas eu agora já não tenho, acho eu.
	4	Que ela me dá crises, que me põem extremamente mal.
	5	A asma é quando tenho assim falta de ar e acho que é na humidade que fico assim com falta de ar e me custa mais respirar.
	6	Pode provocar outras doenças, pode afectar os pulmões.
	9	Sei que há um pulmão meu que não funciona e o outro tem de fazer o trabalho de dois.
	10	Não sei assim grande coisa. De vez em quando tenho crises e venho ao hospital fazer aerossóis.
	11	Que sou asmático, que se corro muito fico com falta de ar, muito depressa e muitas vezes. Já não me lembro de mais.
	13	Quando estou a brincar com o meu pai, se me rio muito fico com tosse.
	15	Fico mal, fico com a tosse.
	16	Quando me cansava, ou ao respirar normalmente, fazia som e tinha gatos, como se chama, pieira, cansava-me. Agora já não faço, não sei demonstrar.
	17	Não estou a ver nada assim. Só sei é que chateia um bocado e é difícil de tirar, tem que se ter muitos remédios e chateia um bocado.
	18	A asma é quando depois respiro mal (sou alérgico a um tipo de coisas).

(N=25)	19	É uma coisa que há nos pulmões e quando fica inflamada chama-se asma, porque essa parte dos pulmões chama-se asma.
	20	É quando uma pessoa fica com falta de ar, não consegue respirar e depois temos que tomar muitos remédios por que é uma doença que não desaparece.
	21	Sei que fico sem ar e que posso morrer.
	22	A asma é tossir muitas vezes, as alergias é tossir, espirrar. Tenho mais tosse.
	23	Faz-me tossir muito e tenho que fazer o inalador e um pó esquisito para curar.
	25	Quando corro e não tomo remédios tenho asma.
	26	Quando me dá aqueles ataques de falta de ar, fico sem respirar.
	27	Acho que é má e também pode-se sentir mal e também pode correr alguma coisa e ter que ficar internado.
	28	Ficamos com falta de ar.
	29	Nos pulmões, que às vezes não deixam respirar.
	30	Quando me dá asma fico mal, com muita tosse, não consigo respirar, é só.
	31	Quando nos cansamos muito, ficamos com falta de ar.
	32	Fico com tosse.

7. O que é que te custa mais na tua doença?

(responderam à questão 32 crianças)

Categoria	Caso	Respostas dadas pelas Crianças
1-Nada (N=2)	24	Nada.
	14	Nada. (Mesmo quando lhe tento perguntar dando alguns exemplos ele diz que não lhe custa nada).
2-Sintomatologia Asmática (N=17)	1	A respiração quando estou com falta de ar.
	2	A respiração.
	6	Respirar quando estou aflito.
	8	Respirar.
	12	É quando a falta de ar, que me custa a respirar.
	26	Quando fico com falta de ar e às vezes não consigo controlar bem.
	28	Não respirar, custar muito a respirar.
	30	É a respirar.
	27	É quando fico aflito, não consigo respirar à noite. Tenho de chamar a mãe. Um dia à noite tive que me levantar para respirar e lavar o nariz entupido para respirar.
	3	É quando às vezes o nariz fica entupido.
	4	Aguentar as crises.
	7	Não gosto muito de estar assim e às vezes tenho falta de respiração, mas é de vez em quando, é raro acontecer. Só quando estou ao pé de alguém que fuma ou isso.
	15	A tossir.
	23	Tossir muito, às vezes até passo a noite toda a tossir.
	22	De estar sempre a tossir, depois engasgo-me. As vezes até me dói aqui assim a garganta.

(Crises/ Ataques)	17	E quando tenho os ataques de asma aí é um bocado mais chato. São as piores partes.
	10	E as crises, tenho que tomar remédios, e quando as crises são fortes tenho de vir ao hospital porque os remédios não fazem efeito.
3-Esforços/ Actividades físicas (N=10)	13	Acho que é quando estou a correr dói-me um bocado deste lado ou deste.
	11	Por mim nunca me acontece muito isso, quando me custa muito. Eu no dia a dia nunca sinto. Nem me lembro que tenho uma doença. Só quando corro muito é que fico muito cansado. Aí é que parece que vou ficar com falta de ar, quando acabo de correr.
	9	E quando eu corro e depois não consigo respirar.
	16	Eu queria correr, por exemplo dar 10 voltas a um campo e só podia dar 5, ficava sem respirar.
	19	E quando estou a correr, por exemplo no futebol ou a brincar com o meu irmão, não consigo aguentar e respiro muito depressa e o coração bate demais.
	5	E não poder fazer assim certas coisas. Por exemplo, na natação os meus colegas têm muito mais resistência lá debaixo de água. Enquanto eles ficam lá mais de baixo eu tenho que vir mais vezes ao de cima.
	29	Andar, correr.
	31	Quando estou a brincar com os meus colegas não posso correr muito.
	32	Ficar cansado.
	21	Fazer esforços. Mais nada.
4-Pó (N=1)	18	Saber que, por exemplo, uma coisa com pó tem que ser lavada antes de eu poder brincar. E os ácaros.
5-Tratamento Médico (N=2)	20	Fazer aqueles testes das picas para saber ao que é que somos alérgicos. Mais nada.
	25	Ter que tomar o remédio (2xdia).

8. Achas que há coisas que não podes fazer por causa da tua doença? Sim

9. Se Sim, quais são essas coisas?

(responderam positivamente à questão 22 crianças)

Categoria	Caso	Respostas dadas pelas Crianças
1-Esforços/ Actividades físicas	1	Acho que posso fazer um pouco de tudo mas não exagerado, como por exemplo correr.
	10	Educação física, alguns desportos, uma corrida.
	2	Não brincar com cães, jogar à bola, não correr muito.
	4	Não me esforçar muito, não correr demasiado depressa.
	12	As vezes correr muito.
	16	Correr muito.
	15	Correr muito, quando fico transpirado tenho de ficar parado, mas posso correr, às vezes não tusso.
	20	Não posso correr. Não posso fazer esforço. É só.
	31	Correr e saltar muito.
	21	Posso fazer tudo só que há coisas que impedem. Posso ficar com falta de ar. Por exemplo correr, saltar. Às vezes se andar muito também fico com asma.
	22	Se calhar correr.

(N=19)	26	Quando jogo muito futebol não posso jogar sempre muito, só um bocado.
	11	Eu sou um menino normal, mas há certas coisas que é difícil fazer. Esforço-me muito para correr, não tentar fumar (exemplo que deu da professora quando for grande).
	27	Não me posso cansar muito, não posso fazer muito exercício, não posso jogar muitas vezes à bola nem correr.
	28	Correr.
	29	Jogar à bola, fazer corridas com os amigos.
	30	Correr muito e também não me irritar muito.
	19	É incurável, só posso tentar que não fique pouco perigosa. Não consigo aguentar correr tanto, à mesma velocidade sem me cansar muito.
	5	Eu gosto de ir ver os peixinhos debaixo de água, nos buracos do mar tinha que estar sempre a vir ao de cima e assustava os peixinhos. Ficava muito cansado quando corria lá na escola e nas férias quando tinha asma.
2-Pó (N=3)	17	Guerras de almofadas em casa, de férias ou entrar em pavilhões antigos com pó e mexer em objectos com pó.
	18	Cuidados com o pó e ácaros.
	23	O giz (escrever), brincar com peluches.

16. Já alguma vez pensaste em alguma razão para teres esta doença? Sim

Se Sim, qual?

(responderam positivamente à questão 8 crianças)

Categoria	Caso	Respostas dadas pelas Crianças
1-Hereditária (N=2)	20	Porque o meu pai também tinha e ele toma a bomba como eu.
	19	A minha avó tinha asma.
2 - Causalidade Interna (N=4)	9	A mãe diz que foi uma gripe mal curada.
	21	É por causa do nariz. A minha mãe diz-me que eu não me assoava e fiquei assim. Só fiquei com asma aos 4 anos.
	2	Quando era bebé tinha asma, chorava muito e tinha asma.
	24	Se tivesse febre e estivessem muitos meninos a agarrarem, ficam eles com a doença.
3 - Causalidade externa (N=2)	29	Os ácaros, uma vez li numa revista.
	23	Estava sempre a mexer no giz.

- 17. Achas que alguém (ou alguma coisa) é culpado por tu teres esta doença? Sim**
Se Sim, quem (ou o quê) e Porquê?
 (responderam positivamente à questão 5 crianças)

Categoria	Caso	Respostas dadas pelas Crianças
1-Hereditariedade (N=2)	17	Não, apenas apanhei os genes do meu pai.
	19	Vem da minha família. Quando tinha um ano era a minha mãe que me cuidava e ela tratava-me com o maior cuidado.
2-Causalidade externa (fumo/ácaros/giz) (N=3)	23	O giz e os peluches. Parece que falam para mim para eu ir brincar com eles, não me deixam em paz. Parece que há uma voz a chamar-me.
	29	Os ácaros.
	31	O meu pai e a minha mãe porque fumam.

- 20. Achas que és diferente dos outros meninos por teres esta doença? Sim**
Se Sim, porquê?
 (responderam positivamente à questão 2 crianças)

Categoria	Caso	Respostas dadas pelas Crianças
1- Sintomatologia física (N=1)	21	Nalgum sentido sim. Porque quando tusso sou diferente, as pessoas não tosseem como com asma. Alguns dos meus amigos com asma tosseem diferente. Normalmente não tosseem muito, tosseem menos que eu.
2- Doença crónica (N=1)	23	Porque acho que a asma é incurável, não sei e eles não estão doentes.

ANEXO 10

Entrevista Para Crianças Com Asma Brônquica

Questões Abertas Submetidas a Análise de Conteúdo

ENTREVISTA PARA CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA

Questões abertas submetidas a análise de conteúdo

11. Tema: Pensamento / Sentimentos das crianças com asma
(responderam à questão 22 crianças)

11. Quando te apetece fazer essas coisas que não podes, o que é que pensas?

Categoria	Sub-categoria	Indicadores
Pensamentos/ Sentimentos (N)		Respostas (caso)
Expressão das limitações (N=16)	Privação / Limitações (6)	Penso "Ai queria tanto jogar à bola e os outros estão a jogar". (2)
		Penso que se conseguisse fazer estas coisas era muito melhor, mas... nasci assim. (19)
		Que custa muito porque eu gosto muito de correr mas porque tenho isso não faço. (11)
		Que não posso fazer e é um bocado chato porque não posso brincar a uma coisa que por acaso é divertida. (17)
		Penso que não posso, fico triste. (31)
		Fico um bocado triste. Penso "porque é que tenho esta doença"? (29)
	Desejo de ausência de doença (3)	Gostava de não ter esta doença. (12)
		Que não queria ter asma. (22)
		Penso que logo tinha que me acontecer a mim ter esta doença. (20)
	Controlo pelas consequências sintomatológicas (2)	Penso que vou ficar com tosse, às vezes. (15)
		De vez em quando pode dar-me uma crise, de vez em quando começo a ficar com pieira. (4)
	Controlo pela medicação (2)	Que tenho que fazer os medicamentos que a Dr ^a me diz para poder melhorar para um dia mais tarde fazer isso que me apetece fazer. (5)
		Que devia ter tomado o meu remédio. (25)
	Necessidade de auto- controlo (2)	Eu penso que devo estar sossegado, brincar a outra coisa em que não me canso e não transpiro tanto. (27)
		Tenho que ficar calmo, respirar fundo. (26)
	Controlo pela mobilização para outras actividades (1)	Não me importo muito, procuro atalhos. (28)
Negação (N=6)	Impossibilidade de expressar o sentir (6)	Não penso nada. (1)
		Não penso nada. (21)
		Penso Nada (24)
		Penso Nada. (18)
		Penso Nada. (30)
		Não penso assim grande coisa, penso que estou no jogo como os meus colegas, mas estou de parte. (10)

12. Tema: Estratégias das crianças com asma
(responderam à questão 22 crianças)

12. E o que é que fazes?

Categoria	Indicadores
Estratégias (N)	Respostas (caso)
Restrição de actividades (N=11)	Fico parado. (2)
	Não as faço. (5)
	Não faço nada, fico sentado no banco até que essa actividade acabe, que eu não posso fazer. (10)
	Tento não fazer, mas quando me apetece muito é um problema muito grave porque depois custa-me muito. (11)
	Sento-me a ver as minhas colegas a fazer. (12)
	(Descanso um bocadinho). Quando não posso jogar à bola ou correr, brinco com bonecos. (29)
	Quando estou cansado, em vez de andar sempre a correr paro um bocadinho e não ando tanto a correr (como a jogar à bola). (1)
	Descanso um bocadinho. (21)
	Paro de correr. (25)
	Parar um bocado. (15)
	De vez em quando tento ser discreto para ninguém ver que aquilo já veio, tento não dar muito esforço. (4)
Mobilização para outras actividades (N=7)	Vou brincar com outra coisa. Distraio-me com outra coisa. (17)
	Não corro. Fico aborrecido e depois vou fazer outras coisas. (22)
	Fico a brincar com outras coisas. (23)
	Então não corro, fico, levo o game-boy para a escola para me divertir e também às vezes brinco com amigos meus ao galo. (27)
	Procuro atalhos ou vou jogar basket (só acertar). (28)
	Brinco a outros jogos, tento não me irritar. (30)
Estratégias de Controlo de Alívio Sintomático (N=4)	Brinco com outra coisa. (31)
	Respiro fundo. (26)
	Às vezes faço (<i>e é o que acontece?</i>) Fico com falta de ar e tenho que tomar o remédio. (20)
	Peço para ir beber água e vou beber água. (24)
	Peço aos meus pais para limparem. (18)

21 - Tema: Aspirações profissionais das crianças com asma da amostra
(responderam à questão 27 crianças)

21. Já pensaste no que queres ser quando fores grande? Sim
Se Sim, o que é?

Categoria	Indicadores
Dominios Profissionais (N)	Respostas (caso)
Artes/espectáculo (N=5)	Cantor de Música Rock. (3)
	Pintor, arquitecto, Jogador de futebol. (16)
	Estilista. (25)
	Pintor(a). (30) (31)
Investigação/Tecnologia (N=4)	Cientista. (22) (29)
	Talvez cientista, para fazer explosões. (13)
	Robótica. Engenheiro de Robótica. (17)
Animal (N=4)	Animais - trabalhar com animais. (5)
	Veterinária. (9) (23) (12)
Desporto (N=4)	Motoqueiro/Motocross. (1)
	Futebolista, Jogador de futebol. (11) (15) (18)
Ensino (N=3)	Professor de Música. (4)
	Professora de História. (19)
	Professor de Matemática. (20)
Mar (N=3)	Nadador salvador, mas se calhar não posso porque tenho asma. (2)
	Bióloga marinha. (28)
	Ser da marinha. (12)
Segurança (N=3)	Polícia para apanhar ladrões. (13)
	Polícia. (7) (8)
Saúde (N=2)	Médica. (6)
	Cirurgião. (32)
Alimentar (N=1)	Cozinheiro. (27)

ANEXO 11

Questionário Para os Pais das Crianças Com Asma Brônquica

Questões Abertas Transformadas em Respostas de Tipo Categorical

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS DAS CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA

Questões abertas transformadas em respostas de tipo categorial

3 - Dados de Desenvolvimento de Saúde

1. Doenças que a criança tenha tido, incluindo alergias. (responderam positivamente à questão 29 pais)

Caso	Alergias	Sintoma- tologia Asmática	Infecções Respira- tórias	Outras	Descrição das doenças e das sintomatologias
1		x			Falta de ar.
2	x	x			Só asma; alergia aos ácaros e ao pó.
3			x	x	Otites; amigdalites; varicela; bronquiolites; infecções respiratórias.
4	x	x			Asma; alergia ao chocolate.
5	x	x		x	Varicela; asma; alergia ao sol/calor - sempre no Verão.
7		x			Bronquite asmática.
8		x			Asma.
9		x			Falta de ar.
10				x	Varicela.
11	x	x	x	x	Bronquiolite; infecção respiratória; pneumonia; reacção alérgica; laringite; rinite alérgica; amigdalite; crise de asma; crise broncoespasmo; intoxicação alimentar.
12				x	Varicela.
13	x	x	x		Alergias; infecções respiratórias de repetição frequentes e asma.
14	x			x	Estrangulamento do ureter; rinite alérgica.
16		x	x		Constipações; faltas de ar ou pieira; nariz entupido; tosse.
17	x	x			Asma brônquica e alergias (equizema).
18				x	Papeira; varicela; mononucleose.
19		x		x	Várias crises asmáticas e algumas otites; varicela.
20	x			x	Urticária; varicela.
21	x		x	x	Eczemas; bronquiolites; rinite; otites; hérnia.
22	x			x	Alérgico aos ácaros desde bebé; varicela.
23		x		x	Otites bilaterais; asma brônquica.
24	x	x		x	Rinite alérgica; asma; otites de repetição; estrófilos.
25				x	Varicela; escarlatina.
26	x		x		Apenas a partir dos 5 meses: alergias e problemas respiratórios, incluindo apneia, quer de noite ou de dia.
28				x	Varicela; papeira.
29	x	x		x	Doente renal crónico desde os 18 meses; rinite; asma brônquica.
30	x	x		x	Asma brônquica; alergia aos ácaros; rinite; colesterol.
31		x			Asma.
32	x			x	Bacteriemia; alergia aos ácaros.

2. Internamento (motivo/idade/duração).
(responderam positivamente à questão 22 pais)

Caso	Motivo do Internamento				Idade do Internamento	Duração do Internamento	Descrição dos acontecimentos
	Alergia	Sintomatologia Asmática	Infeções Respiratórias	Outros			
1		x		x	4 anos 7 anos	----	Primeiro foi internado por falta de ar e segundo por dióxido de carbono.
3			x		2 anos 5 anos	12 horas 1 semana	1º episódio de bronquiolite 2º episódio de bronquiolite
7		x			1 ^{os} meses	----	Vários internamentos desde o nascimento até aos 12 meses.
8		x			2 anos	24 horas	Crises de falta de ar.
9		x			----	3 a 10 dias	Várias vezes devido à falta de ar e a duração era variável entre 3 a 10 dias.
10			x	x	1 mês 8 anos	----	1º tinha um mês com bronquiolite; 2º tinha 8 anos numa cirurgia.
11			x	x	16 meses 3 anos 8 anos	10 dias 7 dias 5 dias	Pneumonia. Infecção respiratória. Gastroenterite e Intoxicação alimentar.
12				x	5 anos	----	Cirurgia à garganta e nariz.
13		x	x	x	1º dia de vida 1 ano e 4 meses	8 dias 1 dia	1º dia de vida com dificuldades respiratórias durante 8 dias. 2º internamento ao 1 ano e 4 meses durante 1 dia com dificuldades em respirar. Também foi operado ao nariz e ouvidos, com 3 anos e 3 meses e saiu no próprio dia.
14				x	8 meses	1 semana	Suspeita de infecção urinária.
15		x			---	6 dias	Falta de ar. Foi durante 6 dias.
19		x		x	2 anos 6 anos	1 semana 3 dias	Crise asmática, +/- uma semana. Operação aos ouvidos e extracção dos adenóides.
20	x				5 meses	4 dias	Urticária.
21		x			8 anos	12 horas	Asma.
22				x	4 anos	3 dias	Internado por causa de uma infecção muscular numa perna.
23				x	4 anos	1 dia	Cirurgia para colocação de tubos por ORL.
24				x	----	3 dias	Três internamentos de um dia cada por meningotomia com colocação de tubos de Shepard.

25		x			2 anos	1 dia	Com broncoespasmos.
26				x	3 anos	36 horas	Por traumatismo craniano.
28				x	5 anos	1 dia	Por ser operada à garganta e nariz.
30		x		x	4 meses	5 dias	Vômitos e diarreia.
					Vários dos 6 meses aos 4 anos	2/3 dias	Dos 6 meses aos 4 anos esteve várias vezes internada durante 2 ou 3 dias por dificuldades respiratórias.
31				x	8 meses	8 dias	Devido a uma bacteriemia.

Outras informações:

3. Doenças na família: Asma Brônquica; Doenças Alérgicas; Outras.

4. Caso tenha/m assinalado algo na pergunta anterior, qual a situação actual em termos de saúde desse/s familiar/es?

(responderam positivamente à questão 23 pais)

ASMA BRÔNQUICA									
Caso	Nº de familiares	Mãe	Pai	Irmãos	Avós	Bisavós	Tios	Primos	Situação de saúde actual
1	1					1			-----
2	1				1				As vezes ainda tem asma, mas nem sempre.
5	1	1							Controlado.
8	2		1	1					Ambos estão bem, mas medicados.
11	2			1			1		Controlado.
12	3				2		1		-----
13	1			(a)	1				Falecida.
14	4				2			2	Mantém os sintomas.
15	1	1							-----
16	2	1	1						Mãe - só na 1ª infância. Pai - Controlado já não precisa de fazer tratamentos.
17	1		1						Sintomas controlados, mas mantém a doença
19	2					1		1	Seguidos em consulta da especialidade.
20	1		1						Tem estado bem.
21	1					1			Falecida. Viveu até aos 97 anos.
22	1		1						Sintomas mantêm-se, não tão acentuados como em criança.
23	1	1							-----
24	1	1							Mantém a doença.
25	1					1			Falecida.
26	1				1				Controlado em consulta da especialidade.
27	2		1				1		Seguidos em consulta de controlo e estão medicados.
28	1			(a)				1	Situação boa - Sintomas sazonais
30	1			1					Deixou de ter crises a partir dos 8 anos.
31	1	1							Estável.

(a) Não têm irmãos

(responderam positivamente à questão 19 pais)

DOENCAS ALÉRGICAS									
Caso	Nº de familiares	Mãe	Pai	Irmãos	Avós	Bisavós	Tios	Primos	Situação de saúde actual
1	1			1					-----
3	1		1						Controlado.
5	1	1							Controlado.
11	2							2	Controlado.
13	3	1					2		Têm períodos de maior sensibilidade às alergias.
14	1	1							Alergias alimentares. Sintomas controlados.
17	1		1						Sintomas controlados, mas mantém a doença.
18	1		1						Estável.
19	3	1			1		1		Seguidos em consulta da especialidade.
21	2				1 ^a	1 ^b			^a Estável. ^b Viveu até aos 97 anos.
22	1						1		Sintomas mantêm-se, não tão acentuados como em criança.
24	1	1							Mantém a doença.
25	4	1 ^b	1 ^b		1 ^a		1 ^a		^a Manifestam sintomas sazonalmente. ^b Já não manifestam sintomas.
26	2			1	1				Controlados em consulta da especialidade.
27	1				1				-----
28	3			(a)	1		2		Situação boa - Sintomas sazonais
30	1		1						Continua a fazer tratamento para a rinite alérgica.
31	1		1						Estável.
32	1	1		(a)					Rinite alérgica manifesta-se sazonalmente.

(a) Não têm irmãos

(responderam positivamente à questão 10 pais)

OUTRAS DOENCAS										
Caso	Nº de familiares	Mãe	Pai	Irmãos	Avós	Bisavós	Tios	Primos	Que doença	Situação de saúde actual
3	3	1			2				Mãe - Epilepsia Avô - Insuficiência Renal Avô - Hipertensão e colesterol	Falecido. Controlado.
6	3				2		1		Tensão alta e artroses.	Controlados.
10	1						1		Doença Cardíaca.	Seguida em consulta periódica.
11	2							2	Epilepsia e Púrpura.	Controlados.
13	1		1	(a)					Cancro.	Estável.
14	5	1			3		1		Mãe - Narcolepsia Avós (3) - Cancro. Tio - Artrite Reumatóide	Controlada. Falecidos. Controlado.
20	2	1			1				Avó Materna e mãe - doença de pele psoríase	Avó estacionária, pois não liga a esse facto.
24	2				2				Diabetes.	Mantém a doença.
26	1				1				Hipertensão e Diabetes.	Controlado em consulta da especialidade.
27	1				1				Avô - Diabetes	-----

(a) Não tem irmãos

4 - Dados Relativos à Situação de Doença

a) Diagnóstico

1. Quais foram os primeiros sintomas da doença? (responderam a esta pergunta 30 pais)

Caso	Alergias	Sintomatologia Asmática	Infecções Respiratórias	Descrição dos Sintomas
2		x		Foi logo de bebê, faltava-lhe o ar e tínhamos que vir para o Hospital. Depois voltavam os sintomas, 2/3 dias e vinham as faltas de ar. Foi sempre medicado desde pequenino.
3	x	x	x	Tosse, pieira, nariz entupido, constipações muito frequentes, eczemas atópicos.
4; 7; 10; 24		x x x x		Falta de ar.
5		x		Pieira; dispneia.
6		x		Falta de ar, pieira, dispneia forte.
8	x	x		Tosse irritante.
9			x	Gripe passando para pneumonia. O pulmão ficou mesmo lesado.
11			x	Infecções respiratórias e bronquiolites sucessivas.
12		x		Dispneia.
13		x	x	Dificuldades em respirar. Pieira, obstrução nasal, polipneia.
14		x		Falta de ar acompanhado de pieira.
16		x	x	Nariz entupido, pieira, "gatos".
17	x	x	x	Tosse e expectoração.
18	x	x	x	Falta de ar e muito corrimento nasal.
19		x	x	Situações de pieira e farfalheiras constantes, e ao 1 ano a primeira crise de falta de ar.
20	x	x		Tosse irritativa; pieira.
21	x		x	Eczemas, pele extremamente seca e bronquiolites desde primeiros meses.
22	x	x	x	Tosse; farfalheira; e falta de ar.
23	x	x		Tosse persistente tipo irritativa, com incidência noturna e ao levantar.
25		x	x	Bronquiolites seguidas e frequentes dificuldades respiratórias.
26	x	x	x	Tosse, febres altas, erupções cutâneas.
27	x	x	x	Muita tosse e febre.
28	x	x		Falta de ar e choro nos olhos.
29	x	x		Falta de ar durante a noite, alergias respiratórias, cansaço, dor no peito.
30	x	x		Dificuldade respiratória, tosse, alergias na pele.
31	x	x		Tosse e alergias.
32				Não houve sintomas pré-definidos.

ANEXO 12

Questionário Para os Pais das Crianças Com Asma Brônquica

Questões Abertas Submetidas a Análise de Conteúdo

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS DAS CRIANÇAS COM ASMA BRÔNQUICA

Questões abertas submetidas a análise de conteúdo

4 - Dados Relativos à Situação de Doença

a) Diagnóstico

4 - Na altura o que sentiu/sentiram?

(responderam à questão 23 pais)

Categoria	Indicadores
Sentimentos / Emoções (N)	Respostas dadas pelos Pais (caso)
1 - Nada/ Normal (N=3)	Nada de especial, já havia história na família. (17)
	As alergias são situações normais na minha família. Convivo com elas desde que nasci pois tinha eczema, doença que é muito mais estigmatizante que a asma. (19)
	Aceitei com naturalidade, pois conhecia a doença e sabia lidar com ela. (24)
2-Tristeza (N=3)	Tristeza por ter um filho com esta doença. (6)
	Senti-me um pouco triste, mas fui-me mentalizando. (22)
	Por um lado senti que finalmente havia o controlo da situação, mas por outro alguma pena que exista este problema e muita esperança de que um dia (talvez na puberdade) fique sem asma brônquica. (25)
3-Receio/ Medo/ Preocupação (N=13)	Senti uma grande má disposição, porque é uma doença que é para eles e é para a gente. (2)
	Receio. (3)
	Senti muito medo, pois nunca me tinha confrontado com este tipo de doença. (10)
	Preocupação. (11)
	Tristeza, preocupação e receio. (13)
	Preocupação. (14)
	Preocupação. (21)
	Aflição e muita preocupação. (29)
	É sempre preocupante para os pais saberem que o filho é asmático, mas sabíamos o que fazer. (30)
	Impotência em relação à doença. (18)
	Aborrecimento e ligeira ansiedade com o futuro e possíveis crises. (23)
	Senti que antes de mais tinha de me controlar a mim para o ajudar a ele. (26)
4-Zanga (N=1)	Desespero porque nem sempre tinha a disponibilidade que ele necessitava. (27)
	Foi um balde de água fria, porque eu já sabia como isso era, derivado de ver a minha sobrinha, fiquei um bocado danada porque nunca pensei que ela também ficasse com alergias. (28)

5-Admiração /Surpresa (N=2)	Admiração por numa fase tão "tardia" ter surgido um episódio tão definido em relação a uma crise de asma com todas as suas características. (32)
	Surpresa/tristeza. Pois embora controlada pode existir alguma situação mais grave. (20)
6-Dependência (N=1)	Não fiquei bem, porque é uma doença/problema que é preciso andar sempre atrás dos médicos. (4)

b) Situação Actual

8. Sente/m que recebe/m o apoio ou a ajuda que precisa/m? Não
Se não, de quem gostaria de o receber?
 (responderam à questão 4 pais)

Categoria	Indicador
Apoio (N)	Respostas dadas pelos Pais (caso)
Apoio Estatal/ Familiar (N=3)	Da Segurança Social, para ajudar. (2)
	Mais participação nos medicamentos. (22)
	Do pai e da Segurança Social. (27)
Acompanhamento Médico (N=1)	Um acompanhamento médico contínuo, pois no Hospital, o clínico que vê a criança muda constantemente o que dificulta o diálogo e um trabalho conjunto. Devia ser sempre o mesmo. (19)

ANEXO 13

Questionário para o Técnico de Saúde

Questões Abertas Submetidas a Análise de Conteúdo

QUESTIONÁRIO PARA O TÉCNICO DE SAÚDE

Questões abertas submetidas a análise de conteúdo

4. Tem encontrado dificuldades no contacto com a família? Sim

Se Sim, Quais?

(responderam à questão 2 Técnicos)

Categoria	Indicadores
Dificuldades Família (N)	Respostas (caso)
Competências cognitivas dos pais (N=1)	Pais muito primários. (8)
Assiduidade (N=1)	Mas a mãe nem sempre vem, o que não seria problema, mas julgo que não se apercebe do problema da S. Agora está melhor. (9)

9. Quais as dificuldades que tem encontrado no contacto com a criança?

(responderam à questão 5 Técnicos)

Categoria	Indicadores
Dificuldades Criança (N)	Respostas (caso)
Características relacionais da Criança (N=3)	Também me parece tímida e portanto a relação não é tão aberta. (6)
	Tem um "feitio" que não é fácil, mas acho que já está melhor e a relação está melhor. Já fala, já exprime o que sente, porque no início não dizia nada. (7)
	Timidez. (15)
Tempo de interacção reduzido com a Criança (N=1)	Limitação de tempo para interagir. (26)
Cooperação da Criança na terapêutica (N=1)	Não cumpria a terapêutica, mas agora parece-me que percebeu a importância de o fazer e colabora. (9)

Faculdade de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade de Lisboa
BIBLIOTECA